

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

405

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MICHEL NOGUÈRES

Né le 8 Octobre 1894, à Bages (Pyrénées-Orientales)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Répétiteur d'Obstétrique de la Faculté de Médecine à la Clinique Baudelocque

Contribution à l'Étude Clinique et Thérapeutique

DES

Hémorragies Secondaires du Post Partum

LIÉS A UNE RÉTENTION PLACENTAIRE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

405

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

103

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MICHEL NOGUÈRES

Né le 8 Octobre 1894, à Bages (Pyrénées-Orientales)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Répétiteur d'Obstétrique de la Faculté de Médecine à la Clinique Baudelocque

Contribution à l'Étude Clinique et Thérapeutique

DES

Hémorragies Secondaires du Post Partum

LIÉS A UNE RÉTENTION PLACENTAIRE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1924

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	YAUQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BRAMI	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri). . .	Chimie biologique.
LGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS. . .	Pathologie chirurgi- cale.
UBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER.	Obstétrique.
ASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
AUDOUIN.	Pathologie médicale.	LEMIERRE.	Pathologie médicale.
INET	Physiologie.	LÉVY SOLAL.	Obstétrique.
LANCHETIERE.	Chimie biologique.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
RANCA	Histologie.	LIAN.	Pathologie médicale.
RULÉ.	Pathologie médicale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
USQUET.	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER.	Obstétrique.
ADENAT	Pathologie chirurgi- cale	MOCQUOT.	Pathologie chirurgi- cale.
HAMPY.	Histologie.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale
HIRAY.	Pathologie médicale	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
LERC.	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
EBRÉ.	Hygiène	PHILIBERT.	Bactériologie.
de JONG.	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
UVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils.	Physiologie.
CALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE.	Anatomie.
IESSINGER.	Pathologie médicale	STROHL.	Physique médicale.
OIX.	Pathologie médicale.	TANON.	Pathologie médicale.
ARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
ARVIER.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
EITZ-BOYER. . . .	Urologie.	VERNE.	Histologie.
IOVELACQUE. . . .	Anatomie.	VILLARET.	Pathologie médicale.
OYEUX	Parasitologie.	WELTER.	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
AMUS	Physiologie.	RETTERRER. . . .	Histologie.
OUGEROT.	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologi- que.
UÉNIOT.	Obstétrique.		

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophthalmologique.
LÆPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes atteints de lésions osseuses.
FREY.		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE

MATHIAS NOGUÈRES

In memoriam...

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de mon infinie gratitude
et de ma respectueuse et filiale affection.*

A MA GRAND'MÈRE

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

ET GYNÉCOLOGIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait le grand honneur de
présider cette thèse, en témoignage
de ma reconnaissance et de mon
respectueux attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

(Stages et Externat)

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

M. LE PROFESSEUR QUÉNU

M. LE DOCTEUR DE MASSARY

M. LE DOCTEUR SOULIGOUX

M. LE PROFESSEUR CARNOT

M. LE DOCTEUR ARMAND DELILLE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

MM. :

LÉVY-SOLAL, PROFESSEUR AGRÉGÉ
VIGNES ET CLEISZ, ACCOUCHEURS DES HOPITAUX
MM. POWILEWICZ et PORTES

CHEFS DE CLINIQUE

Introduction

Nous envisagerons dans ce travail les hémorragies tardives, survenant dans les jours qui suivent un accouchement à terme ou aux environs du terme, et liées à une rétention placentaire partielle.

C'est dire que nous laisserons complètement de côté les hémorragies du post-abortum.

C'est dire aussi que les hémorragies de la délivrance, ou des heures qui suivent celle-ci, ne nous arrêteront pas non plus ; elles commandent par leur gravité une intervention d'urgence : la revision utérine, qui enlève le débris retenu.

Mais si, dans la majorité des cas, c'est la rétention placentaire qui provoque les hémorragies des suites de couchés, il ne faut pas oublier cependant qu'exceptionnellement les hémorragies observées tardivement peuvent n'être qu'une manifestation locale d'un état général pathologique.

En effet, les cardiopathies, l'albuminurie, une modification de la coagulation sanguine, l'insuffisance hépatique peuvent être retrouvées dans l'étiologie des hémorragies tardives des suites de couchés. Ce sont plutôt des suintements sanguins plus

ou moins continus, plus ou moins abondants, que de véritables pertes de sang, brutales, mettant rapidement la femme en péril et survenant après une période pendant laquelle les lochies étaient quelquefois à peine modifiées. De telles hémorragies, bien rarement observées et de pathogénie obscure, ne rentreront pas dans le cadre de cette étude.

Ayant ainsi délimité notre sujet, nous nous proposons d'étudier ces hémorragies du post-partum au double point de vue clinique et thérapeutique.

Etude clinique

FRÉQUENCE

S'il est assez facile d'apprécier la fréquence absolue des hémorragies tardives des suites de couches par rétention placentaire, il est plus difficile de se faire une opinion sur la fréquence relative de telles hémorragies par rapport aux cas où la rétention n'a comme seule complication que l'infection. En effet, beaucoup d'auteurs pensent qu'il ne faut pas intervenir dans cette dernière éventualité, et de ce fait, les statistiques sont peu probantes.

Geiser, dans sa thèse, a trouvé sur 12.000 accouchements faits à la clinique de Berne, 50 cas où des débris placentaires ont été enlevés dans les suites de couches : 33 fois ce fut pour élévation de la température que l'on intervint, 12 fois ce fut pour hémorragie ou hémorragie et infection associées ; d'après cet auteur donc, la rétention placentaire provoquerait plus volontiers l'infection que l'hémorragie.

Hoëhne, à la clinique de Kiel, recueille, en 17 années, 23 observations d'hémorragie par rétention,

encore y a-t-il 6 cas où l'hémorragie fut très tardive, un mois et plus après l'accouchement, ce qui ramène à 17 le chiffre donné par cet auteur.

Schauta est intervenu 30 fois : 14 fois pour fièvre, 7 fois pour hémorragie, 9 fois pour hémorragie et fièvre ; il y avait eu 4 expulsions spontanées du cœtylédon au milieu du sang perdu.

Signalons enfin, que pour Vermelin, l'infection du débris placentaire sans hémorragie serait l'évolution la plus fréquente de la rétention.

Comme on peut s'en rendre compte, ces chiffres sont assez discordants, mais on peut conclure à la rareté de cet accident hémorragique. A la clinique Baudelocque, nous avons recueilli 7 observations d'hémorragies tardives par rétention placentaire pendant ces cinq dernières années. Enfin, il nous a été donné d'en observer une tout récemment, nous la rapportons aussi.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX ET GYNÉCOLOGIQUES

Parité. — Dans les 20 observations que nous avons trouvées dans la littérature, on relève : 5 primipares, 4 secondipares, 6 multipares ; dans 5 observations la parité n'est pas mentionnée.

Dans les observations de la clinique Baudelocque : 2 primipares, 2 secondipares, 4 multipares.

La parité ne paraît pas avoir une influence prépondérante, car si, dans notre statistique, cet accident est plus fréquent chez les multipares, il faut tenir

compte du nombre normalement plus grand de ces dernières. Et si, la multiparité a une influence, elle pourrait, peut-être, s'expliquer par la possibilité d'infections au cours des accouchements antérieurs, ayant déterminé des lésions de la muqueuse utérine susceptibles de provoquer des adhérences anormales du placenta.

Antécédents pathologiques. — Dans sa thèse, Cappon résume ainsi une des causes des rétentions placentaires. « Nous pouvons conclure que les adhérences anormales du placenta sont dues : soit à des modifications pathologiques siégeant au niveau du placenta (syphilis, dégénérescence fibro-graisseuse, placenta albuminurique), soit à des altérations de la paroi utérine (endométrite, fibrome sous-jacent... »

Faisant porter nos recherches sur les antécédents nous trouvons : des signes discrets d'endométrite dans l'observations n° 13 ; un curettage utérin antérieur à la suite d'un avortement dans l'observation n° 8. Dans les observations de Baudelocque : observation n° 27, une hystéropexie pouvant jusqu'à un certain point avoir provoqué des contractions irrégulières de l'utérus ; observation n° 32 : un avortement antérieur ; observation n° 30 : de l'albuminurie ; observation n° 29 : deux avortements antérieurs avec curage au deuxième, en outre de l'albuminurie.

Dans 6 cas seulement sur 28, on retrouve des antécédents pathologiques pouvant, dans une certaine

mesure, expliquer la genèse des accidents. La notion des antécédents pathologiques fournit donc peu de renseignements.

Mécanisme de l'accouchement. — Les accouchements furent tous normaux (présentations du sommet et expulsions spontanées), sauf quatre ; observation n° 6, présentation de l'épaule où l'on a procédé à une version suivie d'extraction ; une présentation du siège avec procidence du cordon, observation n° 28 ; deux gémellaires, observations n° 12 et 29.

Délivrance. — Si nous examinons maintenant de quelle manière la délivrance a été conduite et à quels incidents elle a donné lieu, nous voyons dans les observations de la littérature que :

Dans 5 cas, où aucun incident particulier n'était survenu au cours de la période de délivrance, l'expression utérine par la méthode de Crédé, fut pratiquée, deux fois immédiatement après l'accouchement, trois de façon précoce.

Dans six cas il y eut hémorragie de la délivrance ; parmi ces six cas : 3 fois aucune intervention ne fut pratiquée, une fois on exprima l'utérus par la méthode de Crédé, une fois on donna une injection intra-utérine, enfin, une fois l'hémorragie fut assez sérieuse, observation n° 17, pour commander une délivrance artificielle.

Dans trois cas on fit des injections d'ergotine sans s'être assuré de la vacuité de la cavité utérine.

Dans les observations de la clinique Baudelocque,

on note : deux fois une hémorragie de la délivrance, évaluée à 300 grammes dans l'observation n° 26, estimée légère dans l'autre, observation n° 30 ; on pratiqua une délivrance artificielle, observation n° 29, pour non décollement du placenta 2 heures et demie après l'accouchement.

Ainsi ce que l'on retrouve le plus souvent, dans un tiers des cas environ, c'est une hémorragie légère de la délivrance que l'on a attribuée à une impotence fonctionnelle momentanée de l'utérus et qui a cédé rapidement à une thérapeutique simple.

En somme, on se trouve souvent en présence d'une hémorragie tardive des suites de couches chez une femme n'ayant rien dans son passé pathologique, dont l'accouchement a été normal et la délivrance naturelle, conduite suivant les méthodes classiques.

Symptomatologie

Avant l'hémorragie. — Dans quelques cas, les suites de couches peuvent en tous points paraître physiologiques ; la température et le pouls sont normaux, les lochies ont leurs caractères habituels, l'involution utérine paraît normale. Dans l'observation de Labusquière, la femme se lève le 7^e jour, il en est de même dans l'observation n° 27 de la clinique Baudelocque, dans laquelle la température de la nouvelle accouchée n'a pas dépassé 37°, la femme s'est levée le neuvième jour des suites de couches pour reprendre ses occupations ordinaires interrompues seulement par l'hémorragie. Mais ce n'est pas la règle habituelle ; même dans les cas où il n'y a pas de fièvre, l'utérus a une involution retardée, les lochies sont parfois odorantes.

Le plus souvent, il y a des signes d'infection légère. Les lochies deviennent plus abondantes, séro-sanguinolentes plus longtemps qu'il ne faudrait, fétides ; la température monte vers le troisième jour, elle se maintient à 38° dans l'observation n° 16, à 38,2 dans l'observation n° 7, à 38,2 dans

l'observation n° 10, à 38° aussi dans les observations n° 29 et 30.

Le pouls est un peu accéléré.

Localement, les signes d'infection sont modérés, mais existent en général : l'utérus, comme dans les cas précédents, involué défectueusement reste gros, mou, souvent sensible au niveau du fond ou latéralement. On ne trouve pas de réaction péritonéale, l'abdomen est souple, non douloureux. Il va sans dire que l'état général de ces femmes est bon. Mais, on peut rencontrer tous les degrés dans l'infection qui précède l'hémorragie, et il est même des cas relativement rares, où l'infection est sévère bien avant les premières pertes de sang. Dans l'observation n° 30, de Baudelocque, la température était à 39° le 2° jour des suites de couches, à 40° le troisième restant aussi élevée jusqu'au moment de l'hémorragie, d'ailleurs peu abondante ; le pouls dépassait 120 le deuxième jour et se maintenait à cette fréquence ; c'était le tableau d'une septicémie puerpérale grave.

Pour nous résumer, nous dirons que : dans la majorité des cas, la rétention s'accompagne de phénomènes infectieux locaux et généraux assez bénins ou de moyenne intensité avant que ne se produisent les hémorragies.

Le placenta, ainsi que Guéniot l'a démontré expérimentalement, est un milieu très propice à la culture des germes pathogènes ; mais à ce moment, la barrière leucocytaire se constitue, l'organisme se

défend bien, le drainage des produits toxiques s'effectue dans de bonnes conditions.

Date d'apparition de l'hémorragie. — Il n'y a pas de règles générales quant à la date d'apparition des hémorragies. Si, dans certains cas, la rétention se manifeste dès le début des suites de couches, quelques heures, un ou deux jours après la délivrance par des hémorragies répétées, ou tout au moins par des lochies qui demeurent constamment sanglantes et qui, à certains moments, augmentent notablement d'abondance pour constituer des hémorragies profuses ; dans la majorité des cas, c'est après une période de quelques jours, pendant lesquels les lochies paraissaient normales, que brusquement sans cause apparente, survient l'hémorragie. L'observation n° 16, de Vermelin, dans le service du professeur Fruhinsholz, peut être retenue comme exemple de ce premier type d'hémorragie : cette accouchée présenta une hémorragie de la délivrance, l'écoulement sanguin persista le lendemain et les jours suivants et l'on observa des hémorragies plus abondantes le quinzième et le vingt-cinquième jour des suites de couches.

Les exemples du deuxième type d'hémorragie sont plus nombreux ; rien n'est noté dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ; dans les observations n° 27 et 33 de la clinique Baudelocque, nous trouvons deux cas où les femmes s'étaient déjà levées, ne perdant plus, et avaient re-

pris leurs occupations, quand subitement une hémorragie les immobilisa.

A quelle date apparaît, dans ces derniers cas, l'hémorragie ?

Pelaprat, dans sa thèse déjà ancienne, dit :
« L'hémorragie due à ces causes (rétention) ne paraît pas moins de huit jours après l'accouchement. »

Pour Poirier, elle serait plus précoce, vers la fin de la première semaine ; il donne une statistique de Braxton Hicke, de 1882, dans laquelle sur 13 observations, une fois l'hémorragie se serait produite le cinquième jour et six fois entre le cinquième et le sixième, les autres fois elle aurait été très précoce.

Cappon, dans sa thèse de 1904, leur assigne le maximum de fréquence entre le cinquième et le huitième jour.

En réalité, la date des premiers accidents hémorragiques est des plus variables, mais il semble qu'elle soit comprise le plus fréquemment entre le septième et le dixième jour :

Voici les chiffres de nos observations :

23 cas

Avant le 7 ^e jour.....	4 cas
Du 7 ^e au 10 ^e jour.....	13 cas
Après le 10 ^e jour.....	6 cas

Abondance. — La quantité de sang qui s'écoule à l'extérieur est des plus variables et difficilement ap-

précieuse, car il faut savoir que l'hémorragie peut se reproduire à intervalles plus ou moins éloignés, tant que le fragment placentaire n'est pas expulsé spontanément ou extrait par curage ou curettage.

Dans l'observation de Labusquière, la femme s'étant levée le 8^e jour présenta le 12^e une hémorragie qui se renouvela les 14^e, 16^e, 17^e et 19^e jours malgré les tamponnements et les injections d'ergotinine, ne cessant que le 21^e jour, des suites de couches où finalement elle expulsa le cotylédon retenu.

De même, dans l'observation récente de la clinique Baudelocque, n^o 27, l'hémorragie apparut pour la première fois le 12^e jour des suites de couches et se renouvela ensuite quotidiennement jusqu'au 5 décembre, 17^e jour après l'accouchement, moment où l'on procéda au **cu-age** de la cavité utérine.

On pourrait ainsi multiplier les exemples.

Dans d'autres cas, l'hémorragie est d'emblée très importante et provoque un état d'anémie aiguë avec collapsus.

D'autres fois, encore, c'est un suintement continu au niveau du col, le sang stagne dans le vagin et la femme n'expulse que des caillots plus ou moins volumineux ; alors l'hémorragie paraît peu importante, mais elle se prolonge et devient grave par sa durée même.

Néanmoins, on observe, le plus souvent, une perte de sang d'abondance moyenne et on peut donner comme chiffre celui de 300 à 400 grammes de sang recueilli.

Signes physiques et signes fonctionnels. — Immédiatement avant que l'hémorragie ne se déclanche, la femme accuse parfois des douleurs dans les reins, des contractions utérines douloureuses, mais ce symptôme ne s'observe guère que quand l'expulsion spontanée a lieu.

L'hémorragie, sang pur, rutilant, mêlé de caillots entraîne avec elle tout son cortège symptomatique banal : pâleur, décoloration des muqueuses, vertiges, bourdonnements d'oreilles, accélération du pouls. Si elle est de quelque importance, le pouls devient petit, filiforme, incomptable et l'on note alors un refroidissement des extrémités, du nez, de la langue, des troubles visuels, des nausées, de véritables syncopes.

En général, l'hémorragie cesse avant que les phénomènes accusés atteignent ce degré, l'état de la femme s'améliore jusqu'au moment où de nouvelles pertes de sang apparaissent.

L'examen local par la palpation ne montre rien de plus que ce que nous avons observé avant l'hémorragie.

Au toucher, le vagin est trouvé plein de caillots, le col béant, plus ou moins dilaté ; il est exceptionnel qu'il n'admette pas au moins un doigt. Quelquefois dans les cas où l'expulsion spontanée est amorcée, on sent le cotylédon coupable au niveau du col ; il n'y a qu'à le cueillir, comme dans l'observation n° 26 ; quelquefois on le sent dans le canal cervical ou cervico-segmentaire lui-même.

Le plus souvent le sang s'écoule au niveau du col et le doigt n'y sent rien ; il faudrait un toucher intra-utérin pour atteindre plus ou moins profondément le débris placentaire adhérent à la paroi utérine.

Evolution

Nous classerons les observations en deux grands groupes ; étudiant d'abord l'évolution des cas où l'on n'est pas intervenu directement sur le débris placentaire cause de l'hémorragie, puis de ceux où l'on a pratiqué un curage, un curettage ou plus encore, une hystérectomie.

Dans le 1^{er} groupe, nous n'avons relevé aucun cas où l'hémorragie à elle seule ait déterminé la mort ; c'est pourquoi tout en considérant l'hémorragie comme une complication très grave de la rétention, il est difficile d'admettre, avec Hormann, que « Le danger des rétentions ne réside pas dans l'infection, mais bien dans l'hémorragie. »

Les observations n° 1 et 2 concernent des femmes atteintes de septicémie puerpérale aiguë, qui succombèrent à l'occasion d'une hémorragie.

Aussi bien dans l'une que dans l'autre de ces observations, il est certainement difficile de faire la part de ce qui revient à chacune des grandes complications de la rétention, mais il n'est pas douteux que l'infection aiguë, suraiguë même, dans le cas de Ribemont-Dessaigues, était la première en date,

précédant l'hémorragie de plusieurs jours, respectivement 5 et 8 jours.

Dans ces conditions, on peut se demander si l'hémorragie abondante n'est pas venue simplement hâter le dénouement.

Il est à remarquer, en outre, que dans l'observation n° 2, l'auteur fut appelé bien tard, alors que la vie de la malade était déjà très compromise par les phénomènes hémorragiques et infectieux marchant de pair.

Ces faits sont l'exception. Dans les cas où l'on crut devoir rester dans l'expectative, recourant seulement à l'ergotine et aux tamponnements, deux éventualités ont pu se produire : ou bien le cotylédon a été expulsé spontanément au milieu du sang et des caillots, ou bien les hémorragies ne compromettant pas immédiatement la vie de la femme; on a réservé toute action, espérant que l'utérus lui-même se débarrasserait du corps étranger qu'était pour lui le débris placentaire.

Les observations n° 3, n° 4, et celle de la clinique Baudelocque, n° 26, rentrent dans cette catégorie.

Ces trois observations nous montrent, avec des modalités différentes, comment les choses se sont alors passées.

Un point est commun : l'hémorragie a cessé quand le cotylédon a été expulsé.

La première de ces femmes (observation n° 3), n'a présenté aucun signe d'infection ; celle-ci a été légère dans les deux autres cas. La température est

tombée à la normale 3 jours après l'expulsion du cotylédon dans l'observation de Labusquière, elle a persisté légère une douzaine de jours dans l'observation de la clinique Baudelocque. Dans cette dernière, la femme avait reçu des injections de sérum antistreptococcique et elle présentait huit jours après l'hémorragie, des accidents sériques.

La guérison est survenue assez rapidement dans ces trois cas ; il ne subsista qu'un degré d'anémie en rapport avec la quantité de sang perdu.

Consultons les statistiques allemandes :

Hoëhne trouve 4 expulsions spontanées sur 17 cas de rétentions accompagnées d'hémorragies ; Schaulæ 4 sur 24 ; Horman, 4 sur 29.

Le nombre des femmes qui présentèrent de la fièvre, toujours modérée, est très voisin de celui où elles restèrent absolument apyretiques, aussi bien avant qu'après l'expulsion spontanée du débris retenu.

Toutes ces femmes guérissent ; là encore l'évolution fut éminemment favorable.

Il est malheureusement trop rare que l'on assiste à une telle issue de la rétention. Elle se produirait en moyenne dans un sixième des cas si on réunit tous ces chiffres.

Dans le deuxième groupe, le plus important, nous placerons d'abord les observations des femmes chez lesquelles le curage ou le curettage commandé par l'hémorragie fut pratiqué sans qu'une infection, même bénigne, cliniquement appréciée par

l'étude de la température, ne se soit encore déclarée.

Ces cas, nous l'avons dit, semblent assez rares, mais existent cependant.

Les observations n° 5 et 6, recueillies dans la littérature et l'observation n° 27, de la clinique Baudelocque, nous offrent des types de cette évolution.

Dans les deux premiers cas, les malades sont restées apyrétiques après le curage, comme elles l'étaient avant.

Dans l'observation de la clinique Baudelocque, il est à remarquer d'abord que la malade avait à son entrée, un état général très mauvais, très affaibli par des pertes de sang abondantes et répétées, à tel point qu'on dut, l'hémorragie s'étant calmée, remonter sa tension artérielle par du sérum intra-veineux ; qu'ensuite l'intervention offrit quelques difficultés, un débris placentaire particulièrement adhérent nécessita un coup de curette précis. Retenons ce dernier fait ; il y a très probablement une relation de cause à effet entre lui et l'infection qui s'est déclarée peu intense et s'est localisée ensuite au système veineux.

Déjà l'évolution est moins favorable ; cependant toutes ces femmes guérissent.

Les auteurs allemands déjà cités notent la même évolution bénigne, mais relatent un plus grand nombre de ces cas.

Examinons maintenant les cas où il y eut fièvre avant le curage ; ils sont beaucoup plus nombreux, nous avons pu réunir 10 observations trouvées

dans la littérature (observations n^{os} 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16), et nous en avons relevé 5 à la clinique Baudelocque (observations n^{os} 28, 29, 30, 31, 32).

Parmi ces 15 femmes, 9 guérissent, 6 succombèrent. Sur 9 qui guérissent, 2 présentèrent des phlébites, une un infarctus pulmonaire, une (observation n^o 29), présentait encore, 13 jours après l'intervention, une température au-dessus de 38° ; les 5 autres parurent retirer de l'intervention une amélioration, soit immédiate, soit très rapide, de leur état.

Six femmes succombèrent d'infection puerpérale aiguë, septicémique et pyohémique, avec localisations diverses, sans qu'une localisation péritonéale ne fut particulièrement notée.

En considérant donc ces observations dans leur ensemble, on trouve : 40 % de mortalité. Si on prend les chiffres donnés par chaque auteur en particulier, ils concordent bien à peu près avec le précédent.

Sur 6 observations de femmes présentant la triade : rétention placentaire, fièvre et hémorragie, Hoëhne (les cas de Weber, élève de Hoëhne, rentrent dans sa statistique) enregistra 2 morts.

Vermelin, sur deux observations récentes note une guérison et une mort.

Schauta, sur 9 cas, relate 3 cas de mort.

A la clinique Baudelocque, nous avons observé 2 guérisons et 3 morts.

De par ces chiffres brutaux, on peut se rendre compte que l'évolution est très souvent fatale, ces pourcentages de mortalité sont effroyablement élevés.

En approfondissant l'étude de ces observations, cherchons s'il existe une relation entre la gravité de l'infection après le curage et en premier lieu l'intensité de l'hémorragie, en second lieu la gravité de l'infection préexistante, en troisième lieu, le procédé d'intervention et la facilité ou les difficultés que l'on a éprouvées à l'effectuer.

Il ne paraît pas douteux que l'abondance de l'hémorragie atteignant l'état général de la malade par l'anémie intense qu'elle provoque soit, lorsque l'infection s'est déclarée, un facteur de haute gravité. Il n'en est pas moins vrai qu'on observe des cas dans lesquels l'hémorragie ne fut pas particulièrement abondante et pourtant dans lesquels l'infection revêtit rapidement un caractère d'exceptionnelle gravité. L'observation n° 32, de la clinique Baudelocque, nous montre une femme qui eut trois pertes de sang légères les 25, 27, 28 février ; cependant la température de 38°7 s'élève à 40°7 après le curage, le pouls de 116 passe à 150 et la femme meurt de septicémie 9 jours après. L'observation n° 30, aussi de Baudelocque, est encore plus démonstrative ; cette malade expulsa par deux fois quelques caillots et l'infection l'emporta 7 jours après le curage.

Inversement, on peut voir la guérison survenir

après des pertes de sang qui paraissent avoir été considérables.

L'intervention pratiquée sur une malade présentant une fièvre élevée, des signes de toxémie grave, non seulement n'arrange pas les choses, mais précipite les événements ; mais il est des cas fréquents où la température est peu élevée, l'état général bon, et cependant dans lesquels le curage ou le curettage ont déclenché des infections généralisées, graves, rapidement mortelles.

Dans 5 cas, l'infection était cliniquement grave, on enregistra 4 morts après l'intervention. Dans les autres cas, la température n'était pas élevée, voisine de 38°, le processus infectieux paraissait modéré, et on observa cependant 2 morts. Si à ces chiffres on ajoute celui des observations des femmes qui subirent une hystérectomie, le nombre des cas où l'intervention amena une aggravation est encore plus grand.

Le plus généralement, l'extirpation du débris placentaire n'a pas présenté de très grandes difficultés, le col a été trouvé béant, permettant l'introduction de 1 ou 2 doigts. Le cotylédon est souvent partiellement décollé, quelquefois plus ou moins pédiculisé, et il est facile de l'enlever ; d'autres fois enfin le débris placentaire est trouvé adhérent sur plus ou moins d'étendue ; le curage devient plus laborieux, plus traumatisant ; il nous a semblé que, dans ces cas les suites furent mauvaises. Dans les observations 31 et 32, de Baudelocque, il est dit que

le placenta retenu était adhérent sur une étendue de petite paume de main ; dans l'observation 30, qu'il était assez adhérent ; ces trois femmes succombèrent.

Dans les 15 observations de ce groupe, on pratiqua seulement deux fois le curettage instrumental ; la femme de l'observation n° 14 mourut ; celle de l'observation n° 8 présenta une phlébite double.

Ni la date d'apparition de l'hémorragie, ni la précocité du curage n'ont paru avoir une grande influence sur l'évolution.

Comme on devait s'y attendre, en s'attaquant directement à la cause de l'hémorragie, par extirpation manuelle ou instrumentale des débris placentaires, on a enrayé l'hémorragie, mais souvent on a aggravé l'état toxi-infectieux qui précédemment était léger en encore localisé à l'utérus.

Enfin, dans 5 cas on pratiqua tardivement l'hystérectomie : observations n° 17, 18, 19, 20 et 33.

Toutes ces femmes, sans exception, avaient subi quelques jours après leur accouchement, un curage ou un curettage motivé par l'hémorragie. Elles rentreraient donc dans la catégorie précédente et augmenteraient d'autant le nombre des cas où l'évolution fut nettement défavorable et où cette intervention aggrava singulièrement leur état antérieur ; trois au moins de ces malades présentaient, en effet, avant l'hémorragie, un état infectieux assez léger.

L'observation n° 33 de la clinique Baudelocque ne permet, au point de vue de l'hystérectomie, de

lirer aucune conclusion ; cette femme mourut de syncope au cours d'une anesthésie à l'éther, on doit remarquer cependant que cette malade était dans un état septicémique des plus graves, qui ne permettait guère d'espoir ; on décida l'ablation de l'utérus comme seule chance de salut. Peut-être si l'opération avait été effectuée 2 jours plus tôt, eût-elle donné des résultats et modifié l'évolution.

Dans l'observation n° 17, l'examen de la pièce démontra que le curage avait été incomplet, qu'il restait encore quelques débris placentaires adhérents à la paroi ; de même, dans l'observation n° 19, on abandonna le curage par crainte de perforation de l'utérus ; celui-ci n'était donc pas vidé.

Chez ces deux femmes l'hystérectomie seule pouvait être efficace ; elle amena la guérison. Dans les deux autres observations n° 18 et 20, l'opération n'arrêta pas l'infection et les deux femmes succombèrent ; dans ces deux cas, l'état septicémique était très grave, la température à 41° et les frissons nombreux et intenses, on pouvait considérer ces malades comme perdues au moment où, en désespoir de cause, on pratiqua l'hystérectomie.

Dans les deux cas qui guérissent, l'infection n'était pas encore généralisée, au point que l'organisme, une fois le foyer infectieux enlevé, ne put lutter victorieusement contre elle.

Dans le premier cas de mort, on constata des métastases septiques multiples ; dans le second cas, la

femme paraît avoir, malgré la voie vaginale adoptée, succombé à une péritonite.

Constatons que les résultats donnés par l'hystérectomie, en cas d'échec du curage ou du curettage, semblent être commandés par la date où cette intervention est pratiquée.

Diagnostic

Seul le diagnostic étiologique présente un intérêt. La rétention placentaire est, sans contredit la cause de beaucoup la plus fréquente des hémorragies tardives du post partum.

Tous les auteurs classiques, Ribemont-Dessaignes et Lepage dans leur traité ; Commandeur dans « *La Pratique de l'art des accouchements* », pour ne citer que ceux-là, sont d'accord sur ce point ; les thèses et les travaux plus récents d'auteurs traitant la question des rétentions placentaires confirment tous cette façon de voir.

Dans 10 observations recueillies à la clinique Baudelocque depuis 1919, nous avons retrouvé 8 fois une rétention placentaire ; deux fois la cause de l'hémorragie est restée ignorée.

Donc, quand chez une femme présentant des lochies sanguinolentes, un utérus gros, un col béant, avec le plus souvent, nous l'avons vu, des signes d'une infection surajoutée, une hémorragie apparaît, elle vient poser un diagnostic de fréquence.

La première idée qui vient à l'esprit est qu'un

cotylédon placentaire encore retenu dans l'utérus est en cause.

Pour confirmer alors le diagnostic, sur quels signes peut-on se baser ?

Faisant porter nos recherches sur les antécédents obstétricaux et gynécologiques, antérieurs au dernier accouchement, nous avons noté qu'ils ne sont que d'un médiocre secours.

Une hémorragie de la délivrance, incident que nous avons fréquemment consigné, sera un indice précieux mais certes pas définitif.

L'examen sérieux de la face utérine du placenta, de même que l'examen des membranes après l'accouchement devrait, semble-t-il, donner une preuve quasi certaine de la rétention, si elle existe. Non seulement Potevin, de Bruxelles, ne le pense pas, mais il n'attribue à cet examen que bien peu de valeur. « Les ouvrages classiques énoncent que lorsqu'il vous sera possible de réunir exactement les bords d'une déchirure d'un cotylédon vous pouvez être tranquille. Il n'y a rien de plus inexact. Les bords peuvent se réunir, mais vous ne pouvez voir, par transparence, ce qui manque en dessous de ces bords. J'estime qu'il n'y a rien de plus osé que de certifier qu'un arrière faix est complet et je puis dire que personnellement, je n'ai jamais eu à regretter d'avoir omis volontairement de faire entrer en ligne de compte un examen d'arrière-faix pour certifier une rétention placentaire. »

Cappon, dans sa thèse, 1904, constate le fait que :

« Les exemples de délivrances soi-disant complètes suivies, en réalité, de rétentions placentaires partielles sont nombreux. On ne fait le diagnostic qu'à l'occasion d'une des complications de cette éventualité. »

D'après l'étude de nos observations nous arrivons aux mêmes conclusions.

Mettant de côté les délivrances artificielles, dans toutes nos observations on a remarqué trois fois seulement que la face utérine était douteuse : dans l'observation n° 10, la femme saignait depuis son accouchement et ce n'est que le 13^e jour que l'on intervint, le diagnostic était pourtant signé par l'hémorragie et les doutes que l'on avait sur l'intégrité placentaire ; dans les observations n° 13 et 28, aucun symptôme ne vint commander impérativement l'intervention jusqu'au 3^e jour des suites de couches dans la première, jusqu'au 5^e dans la seconde, quand alors apparut l'hémorragie. Il n'aurait pas été prudent de faire une revision utérine sur un diagnostic étayé par un simple doute, car on sait que souvent le placenta est plus ou moins déchiqueté mais parfaitement complet.

Ne retenant que les cas où l'examen placentaire a été fait par des observateurs avertis, on peut dire que, la plupart du temps, l'absence d'un cotylédon, qui pourtant était resté dans l'utérus, n'a pas été remarquée.

L'examen des membranes ne vient pas non plus apporter beaucoup de renseignements ; peu souvent

mentionné dans nos observations, il indique dans deux cas seulement qu'elles étaient déchirées, mais paraissaient complètes ; dans l'observation n° 3, Budin trouve les membranes déchirées, mais les vaisseaux qui se rendaient au cotylédon accessoire, retenus dans l'utérus, n'ont pas été vus.

En définitive, il n'y aurait donc qu'un signe certain pour affirmer, en face d'une hémorragie des suites de couches, l'existence d'une rétention placentaire : c'est l'exploration manuelle de la cavité utérine.

Encore, y a-t-il des cas où le toucher intra utérin induit en erreur, comme dans les deux observations de Kuster, rapportées plus loin.

Il est même des cas où l'examen macroscopique est en défaut et où en dernier ressort l'examen microscopique vient lever tous les doutes.

Quelquefois enfin, on reste dans l'incertitude, l'on ne peut émettre que des hypothèses sur la cause de l'hémorragie, celle-ci cessant pour ne plus reparaître après un toucher intra-utérin, qui n'a rien révélé.

A côté de la rétention placentaire, quelles peuvent être les causes locales, rares, des hémorragies tardives des suites de couches ?

De telles hémorragies peuvent être dues :

A l'infection dans les suites de couches ; à un traumatisme de la paroi utérine, survenu pendant le travail ; à une lésion du muscle utérin ; à un trou-

ble de l'involution utérine de pathogénie mal connue.

Deux formes de l'infection puerpérale peuvent provoquer des hémorragies : les abcès utérins et la gangrène utérine.

La formation d'abcès, en général unique, dans le muscle utérin est une des complications les plus rares de l'infection puerpérale, encore est-il exceptionnel qu'elle détermine des pertes de sang.

Le diagnostic est, de l'avis de tous, à peu près impossible, le toucher intra utérin permettant bien peu souvent de sentir la collection purulente.

Bovin rapporte cependant une observation d'abcès de la paroi utérine qui provoqua une hémorragie grave du post-partum (observation n° 21).

L'auteur pensait à une rétention placentaire, mais comme il y avait en même temps infection pas très grave pourtant, il recula devant le curage. Fort heureusement, l'hystérectomie vint sauver cette malade. L'examen de la pièce montra deux choses : un polype et un abcès ; l'auteur attribue l'hémorragie à la paroi septique et à l'abcès ; est-ce bien exact ?

Le diagnostic étiologique de l'hémorragie paraît dans ce cas incertain.

La gangrène utérine, métrite disséquante des Allemands, provoquant la chute d'une escharre et la perforation utérine, peut emporter la malade par les hémorragies foudroyantes qui s'ensuivent. On peut même observer l'ouverture de l'artère utérine.

Dans ces cas de gangrène utérine, quelques signes peuvent mettre sur la voie du diagnostic ; l'infection est très grave, l'état général mauvais, la température oscille entre 38° et 40°, le pouls est très rapide, mais surtout les lochies exhalent une odeur horriblement fétide, repoussante, et l'on peut voir quelquefois expulsés au milieu de ces lochies saigneuses, des lambeaux de tissu nécrosé. La rétention de débris placentaires putréfiés serait souvent en cause dans la gangrène utérine.

L'infection est très grave dans ces cas et l'hémorragie, si elle n'est pas foudroyante, relève de l'hystérectomie ; son diagnostic étiologique ne sera fait que par l'examen de la pièce ou à l'autopsie.

Les hémorragies par chute d'escharres à la suite d'un traumatisme obstétrical sont devenues une rareté depuis que l'on réserve une large place à la césarienne dans la terminaison des accouchements chez les femmes présentant un bassin rétréci ; néanmoins, dans ces cas, on aurait les anamnétiques qui pourraient venir éclaircir le diagnostic : le travail aurait été très long, la tête fœtale étant restée plusieurs heures au niveau du détroit supérieur ; une intervention laborieuse, forceps ou basiotripsie aurait été pratiquée.

Des déchirures du col, si elles n'ont pas été diagnostiquées au moment de l'accouchement par les hémorragies qu'elles commandent peuvent, dans des cas exceptionnels, provoquer des hémorragies

mortelles des suites de couches ; il s'agit alors de la rupture d'un anévrysme, tardivement constitué.

Dauter rapporte, en 1904, le cas d'une accouchée qui mourut des suites d'une hémorragie, le onzième jour après son 6^e accouchement, sans avoir présenté avant cet accident des troubles particuliers. L'autopsie révéla l'existence d'une déchirure du col s'étendant au paramètre où un anévrysme artériel éclaté avait été la cause de l'hémorragie impossible à maîtriser.

Vogelsanger rapporte un cas analogue : après des couches sans troubles, il se produisit chez une III par de 31 ans, une violente hémorragie qui se termina par la mort, malgré l'extirpation de l'utérus. On trouva également un anévrysme de l'artère utérine. On se trouve désarmé devant de telles hémorragies et le diagnostic ne peut en être fait que la pièce en main.

Les thrombus, caillots développés sous la muqueuse, puis décollés du muscle utérin par les contractions de celui-ci, auraient été la cause d'hémorragies tardives des suites de couches, dont Kuster rapporte deux cas : (observations n^{os} 22 et 23).

Normalement, ces thrombus existent (Varnier, *Obstétrique journalière*, page 308), à l'endroit où les fibres musculaires ont oblitéré les vaisseaux. Ils se voient bien du 7^e au 9^e jour des suites de couches, puis ils subissent une transformation fibrineuse, puis fibro-conjonctive.

Nous n'avons pas trouvé de nouvelles observations de ces thrombus, mais si tant est qu'ils soient, à

l'examen macroscopique, difficilement reconnaissables des débris de tissu placentaire, peut-être des erreurs ont-elles été commises dans les cas nombreux où des examens microscopiques n'ont pas été faits. Comme on peut s'en rendre compte l'évolution est la même, qu'un thrombus ou qu'une rétention placentaire soient en cause ; la thérapeutique des hémorragies sera donc la même dans les deux cas.

Parmi les lésions antérieures de l'utérus pouvant provoquer des hémorragies secondaires du post-partum, il faut citer le cancer du col et les fibromes sous-muqueux.

Le cancer du col sera reconnu par le toucher et l'examen au spéculum.

Les hémorragies des suites de couches, provoquées par les fibromes seraient, d'après Pozzi, rares, mais très graves et relèveraient du traitement chirurgical. Le toucher intra-utérin permettra dans quelques cas de sentir la tumeur fibro-myomateuse.

Enfin, reste un dernier groupe d'hémorragies dont on ne découvre pas la cause.

Dans les observations n° 35 de la clinique Baudelocque, et l'observation n° 24 de Balard, l'exploration utérine complète n'a rien montré d'anormal sur les parois de la cavité utérine. Dans les deux cas il y a une seule hémorragie subite après des suites de couches en tous points normales, et aucune indication ne vient éclaircir le problème diagnostic. Balard ajoute : « Quand on recherche la cause de cette hémorragie, on ne peut que faire des hypo-

thèses. Il n'y a pas de rétention, pas de fièvre. S'agit-il d'un petit fibrome sous-muqueux ? »

Remarquant que les pertes de sang cessèrent complètement et aussi brusquement qu'elles étaient apparues, ne pourrait-on pas supposer plus simplement dans ces cas, que les hémorragies furent sous la dépendance d'un débris placentaire dont l'expulsion spontanée au milieu des caillots est passée inaperçue ; il aurait fallu pour découvrir ce débris, petit, enrobé de fibrine, examiner les caillots un à un.

L'étiologie des hémorragies graves, mentionnées dans l'observation n° 26, est encore entourée de plus de mystère ; l'hypothèse des auteurs semble vraisemblable devant les résultats immédiats obtenus par la transfusion sanguine.

Dans l'observation n° 34, de la clinique Baudelocque, la cause de l'hémorragie ne put être retrouvée non plus ; l'examen microscopique de la petite masse enlevée à la curette montra la structure du muscle utérin recouvert de cellules déciduales.

Le diagnostic étiologique des hémorragies tardives du post-partum est souvent très difficile, quelquefois même impossible. Mais nous verrons au traitement que les hémorragies, survenant chez une malade déjà très infectée, relèvent de l'hystérectomie, comme aussi les hémorragies qui ne cèdent à aucun traitement ; ces éventualités sont fréquentes quand une rétention placentaire n'est pas en cause.

Pronostic

Le pronostic des hémorragies des suites de couches liées à une rétention placentaire, toujours sérieux, revêt dans certains cas un caractère d'extrême gravité.

Il est comme l'évolution nous l'a montré, essentiellement conditionné par la nécessité d'intervenir directement sur l'utérus ; peu grave dans les cas où l'expulsion spontanée du cötylédon se produit, il devient très sombre si l'hémorragie oblige, et c'est le cas le plus fréquent, à pratiquer un curage ou un curettage.

Enfin, il dépend beaucoup plus de la marche du processus infectieux après l'intervention, que de l'abondance de l'hémorragie.

L'hémorragie survenant sur un organisme déjà atteint par l'infection, si celle-ci est légère, le pronostic est mauvais, si elle est grave, le pronostic est presque fatal.

Traitement

Le traitement prophylactique réside essentiellement dans une bonne technique de la délivrance ; on évitera toute manœuvre prématurée dans la période qui précède le décollement spontané, complet du placenta et des membranes.

En présence d'une hémorragie tardive modérée, la première chose à faire est de stimuler la contractilité du muscle utérin et d'agir sur l'état général, en luttant contre l'anémie dans la mesure où cela est nécessaire.

Remplissant ces indications on donnera à la femme des injections vaginales très-chaudes, à 50°, et l'on placera sur son abdomen une vessie de glace ; on pratiquera des injections de sérum physiologique pour relever sa tension artérielle ; on instituera une médication toni-cardiaque : injections sous-cutanées d'huile camphrée par exemple. Il sera prudent enfin, dans tous les cas, de pratiquer des injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique, qui agira non seulement à titre spécifique, mais aussi par le sérum de cheval dont l'action dans les états hémorragiques est bien connue.

L'hémorragie peut cesser définitivement, le cotylédon étant expulsé par l'utérus lui-même, ou bien elle peut cesser sans que rien ne vienne apporter la preuve que le débris placentaire retenu ait été éliminé ; dans cette dernière éventualité on peut espérer, s'il s'agit bien d'une rétention, que l'expulsion de celle-ci se fera spontanément.

Sous réserve d'une surveillance attentive on peut, dans quelques cas favorables, en rester là au point de vue traitement.

En face d'une hémorragie grave d'emblée ou persistante, une action directe sur la cause de l'hémorragie apparaît impérieuse.

Pour atteindre ce but, les méthodes classiques que nous avons à notre disposition sont : le curage digital, le curettage, l'hystérectomie.

A côté de ces méthodes classiques nous ferons une place à un moyen que l'on peut déduire d'études plus récentes : le tamponnement saturé de bouillon-vaccin antistreptococcique.

Le curettage fut d'abord préconisé.

MARMASSE, dans sa thèse de 1895, conclut : « Les hémorragies des suites de couches peuvent être justiciables du curettage, celui-ci sera précoce dans les formes fébriles. »

Jules Bruneau, dans les conclusions de sa thèse, de 1896, a dit aussi : « La rétention d'une partie du placenta avec ou sans hémorragie, s'accompagnant de phénomènes infectieux, est une indication formelle de curettage de l'utérus. »

Mais déjà Poirier, thèse de 1894, inspirée par Tarnier, fait une restriction et préconise dans la rétention partielle du placenta, qu'il y ait hémorragie ou non, le curage s'il est possible et le curettage si les accidents sont tardifs et si le col est fermé.

Puis un revirement se produisit. Budin et Démélin se montrent ennemis du curettage dans la thèse de Cappon, de 1904 : « En sectionnant la muqueuse utérine elle (la curette) ouvre la porte à l'infection; elle peut perforer l'utérus. »

Ils préfèrent le curage, faisant remarquer qu'il est fréquemment possible, même tardivement, car il y a involution défectueuse de l'utérus maintenant le col béant. L'examen des observations que nous rapportons montre bien ce fait ; le curage fut à peu près toujours possible.

Démélin, en avril 1906, refait à la Société d'obstétrique et de gynécologie, le procès du curettage.

Plus récemment, Potevin (loc. cit.) revient sur les mêmes idées et résume ainsi les inconvénients du curettage : « Cette opération appliquée au cas de rétentions placentaires infectées, a certes causé plus de morts qu'elle n'a sauvé de malades, elle est incomplète souvent, elle est dangereuse, non seulement par les perforations qu'elle peut provoquer surtout dans les suites de couches, mais aussi par création de plaies nouvelles qui augmentent la surface d'absorption des produits septiques contenus dans l'utérus et parce qu'elle détruit la barrière granuleuse de l'endomètre en ouvrant de nouvelles

bouches à l'infection. » Cet auteur fait à peu près les mêmes griefs au curage et préconise la pince à faux germes, pour vider l'utérus.

Dans 3 observations recueillies dans la littérature, le curettage fut pratiqué ; deux fois l'infection se généralisa rapidement et ces femmes succombèrent : observations n° 14 et n° 20 ; une fois les résultats parurent satisfaisants, observation n° 8, la malade présenta une phlébite par la suite, mais guérit.

Le curettage doit être considéré comme très dangereux dans ces cas et ne sera pas utilisé comme traitement des hémorragies tardives des suites de couches par rétention placentaire.

Cette notion inspire la conduite tenue à la clinique Baudelocque par M. Couvelaire.

Dans les observations de la clinique Baudelocque on ne pratiqua le curettage qu'une fois seulement, on donna, observation n° 27, un coup de curette pour détacher un débris placentaire précédemment réperé par le doigt.

Le curage digital présente-t-il les mêmes dangers ? c'est de toute évidence une opération plus précise que le curettage, il n'a pas besoin d'intéresser toute la surface utérine ; la pulpe de l'index explorant l'endomètre avec prudence, repère exactement le fragment plus ou moins adhérent. On peut, alors, agir avec toute la douceur désirable, sur le point de la rétention, respectant la zone qui l'entoure. Avec le curage, pas de crainte de perforation ; enfin, par

le toucher intra utérin qui le précède on fait le diagnostic de la cause des hémorragies et quand il est terminé on sait, de façon certaine, s'il a été ou non complet. Mais si la femme, et c'est le cas le plus fréquent, présente des signes d'infection en même temps que des hémorragies, le curage devient une intervention aléatoire, dont les résultats sont d'autant plus incertains que des difficultés plus grandes auront été rencontrées au cours de sa pratique.

Si le débris placentaire est adhérent, pour le décoller on malaxe l'utérus avec la main abdominale, le doigt intra-utérin est obligé de brutaliser la paroi utérine plus qu'on ne voudrait, sur une étendue très grande. Le curage devient, dans ces conditions, une intervention laborieuse, traumatisante, mauvaise au même titre que le curettage.

Mais de toute façon, le curage n'est pas exempt de risques sérieux.

M. le professeur Couvelaire dit dans sa leçon du 21 décembre 1923, où justement à propos de l'observation n° 33 il traitait les rétentions placentaires : Le fait d'intervenir sur cette région d'insertion placentaire, au contact des veines thrombosées, en milieu même légèrement infecté, ouvre toutes grandes les portes à l'infection qui jusque-là était locale ; le curage, dans ces conditions, risque au moins autant que le curettage de généraliser l'infection, il opère une véritable inoculation directe.

Le curage sera donc l'intervention indiquée dans

les cas où la malade ne présente pas d'infection cliniquement appréciable avant et au moment de l'hémorragie ; nous avons vu qu'alors les résultats étaient satisfaisants.

Si l'infection existe, il faut faire toutes réserves quant à l'utilisation de ce procédé.

Ou bien cette infection est grave avant l'hémorragie ; dans ces cas, la mort survient presque toujours rapidement après l'intervention, il ne faut même pas songer au curage, il serait fatal.

On bien cette infection paraît peu grave, ou même atténuée, légère, le problème devient alors des plus complexes.

Si l'on consulte nos observations dans leur totalité on voit que, 11 fois dans ces conditions on a pratiqué le curage et que 4 fois les résultats en furent désastreux.

Si l'on doit, devant ce chiffre élevé où il aggrava rapidement la situation, l'abandonner complètement, on est amené à pratiquer d'emblée dans ces cas une intervention radicale ; l'ablation de l'utérus. Sur les 11 cas qui nous occupent on aurait été conduit à des mutilations qui, 7 fois, pour le moins, auraient été inutiles. Cette proportion est grande et peut faire hésiter à pratiquer une intervention grave aussi en elle-même. C'est pourquoi nous pensons devant de tels faits, que la sagesse est, observant la plus grande prudence, d'essayer une exploration utérine, se gardant de manœuvres non seulement brutales, mais encore simplement trop actives.

Si l'extirpation a été facile et complète, l'hémorra-

gie cessera et l'on pourra espérer la guérison, mais il faudra surveiller attentivement la malade et si le lendemain ou le surlendemain on assiste à une aggravation du processus infectieux, on aura recours, sans perdre de temps, à l'hystérectomie.

Quand le cotylédon est trop adhérent, quand on se rend compte que l'on serait obligé de gratter avec l'ongle pour le décoller, ou quand les débris occupent une étendue trop grande, après un toucher explorateur on abandonnera le curage ; il serait périlleux. Mieux vaut alors s'adresser à une autre thérapeutique.

Le tamponnement intra-utérin n'avait pas, jusqu'à présent, beaucoup de partisans, parce que dans ces cas d'hémorragies avec fièvre il était considéré comme aussi dangereux que n'importe quel traitement intra-utérin.

Mais dernièrement, MM. Lévy-Solal, Simard et Leloup viennent d'apporter à la Société de biologie de Paris (séance du 23 février 1924), l'observation d'une femme atteinte d'infection puerpérale, post-partum, chez laquelle les tamponnements imbibés jusqu'à saturation d'un filtrat de cultures de streptocoques en bouillon eurent les plus heureux effets, amenant rapidement la guérison.

Ces auteurs auraient d'autres malades dont le même traitement en cours paraîtrait aussi donner des résultats favorables.

Plus récemment encore, MM. Couvelaire, Lévy-Solal et Simard ont communiqué à la Société d'obs-

létrique et de gynécologie de Paris (séance du 7 avril 1924) les observations de deux femmes hospitalisées à la clinique Baudelocque ; chez ces deux malades, atteintes d'infection puerpérale, dont l'allure paraissait grave, l'association de la sérothérapie antistreptococcique et du traitement local par le filtrat de cultures de streptocoques en bouillon a donné le bons résultats.

L'avenir dira dans quelle mesure cette méthode thérapeutique sera efficace contre l'infection utérine à streptocoques.

Elle pourrait rendre des services dans les hémorragies tardives des suites de couches et serait à employer dans les cas où le curage présente tant soit peu de difficultés.

Elle viendrait heureusement aussi compléter le curage dans les cas où on l'a pratiqué.

En effet, luttant contre l'infection d'une part, jouant un rôle hémostatique par la compression qu'ils exerceraient, d'autre part et, enfin stimulant la contraction de l'utérus, ces tamponnements seraient un traitement de choix dans les cas qui nous occupent.

L'hystérectomie nous reste enfin comme ultime ressource. La discussion sur les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, ouverte par la thèse de Vintrebert, continuée par celle de Bonamy, est loin d'être close.

De nombreux auteurs, depuis, ont cherché les signes qui pourraient leur donner une indication.

Ils n'en ont trouvé aucun pouvant entraîner sans réplique leur conviction. L'hémorragie pourrait peut être constituer un signe de quelque valeur ; en effet, elle pose, dans la majorité des cas, le diagnostic de rétention placentaire, ou ce qui est plus grave encore, celui d'abcès utérins ou de gangrène utérine, et condamne le curage ; il n'y a alors qu'un seul moyen d'arrêter cette hémorragie, d'enrayer peut-être la marche du processus infectieux, il n'y a, en définitive, qu'un seul moyen de donner à la malade une chance de guérison : c'est l'ablation de l'utérus pratiquée d'emblée. Déjà, au congrès de Rome de 1902 et au congrès des sciences médicales de Madrid en 1903, les rapporteurs tendaient à admettre la rétention placentaire adhérente comme une indication à l'hystérectomie. Cristéanu, en 1904 (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*), dans un travail portant sur un très grand nombre d'observations, arrive à cette conclusion. « Dans les cas d'infection grave avec rétention du placenta, de cotylédons depuis quelques jours et surtout après l'accouchement, il serait indiqué d'intervenir d'emblée par l'hystérectomie abdominale. Les manœuvres d'extractions ont pour résultat de nous faire perdre un temps précieux ; dans les cas de rétention ancienne et de phénomènes graves, la seule conduite raisonnable, selon moi c'est l'hystérectomie d'emblée. »

L'hémorragie surajoutée à la rétention et à l'infection grave n'est, semble-t-il, qu'une raison de plus qui milite en faveur de l'intervention.

Nous pensons donc que l'hystérectomie peut être tentée comme seul espoir de guérir la malade, quand chez cette infectée grave apparaîtra une hémorragie.

Si l'infection précédant l'hémorragie n'a pas eu d'allure grave, pour décider s'il faut ou non recourir d'emblée à l'hystérectomie, Vermelin (*Revue médicale de l'Est*, 1921), suivant l'enseignement du professeur Fruhinsholz, insiste sur l'utilité d'un examen bactériologique après prélèvement au niveau du cotylédon retenu. « Si l'examen bactériologique est négatif, s'il n'y a pas de streptocoques, la voie basse est indiquée... mais si, bien qu'affaibli et moins résistant, l'organisme peut lutter victorieusement contre l'infection banale, il n'en est pas de même quand il s'agit d'un microbe dont la virulence est grande, tel que le streptocoque, le streptocoque hémolytique en particulier... curage et curetage doivent être proscrits en pareil cas, et il faut recourir à une intervention radicale, à l'hystérectomie. »

Les auteurs allemands déjà, en 1914, attachaient une grande importance pronostic à la présence ou à l'absence de streptocoques hémolytiques et de staphylocoques hémolytiques qu'ils recherchaient dans les sécrétions vaginales. Nous ne pouvons apporter sur ce point aucun fait bien précis, ces recherches avant ou au moment du curage n'ayant été qu'exceptionnellement faites dans les observations rapportées.

Il semble, en s'en tenant aux seuls renseignements fournis par la clinique, qu'à côté des cas d'infection grave avant l'hémorragie où on pratiquera l'hystérectomie d'emblée, elle doit, sans trop tarder, être aussi pratiquées quand, après curage, curettage ou tamponnements, l'infection devient menaçante. Cette opération, pour avoir des chances d'amener la guérison, devra être précoce ; il faudra raisonnablement la pratiquer le lendemain ou le surlendemain du curage, si la température n'a pas esquissé un mouvement de repli, si les signes infectieux n'ont pas rétrocedé, si enfin, l'état général de la femme s'est aggravé. On interviendra précocement parce que nous savons que l'infection après le curage, dans l'immense majorité des cas, est fatale et qu'aucun signe donné tour à tour n'a de valeur absolue. En effet pas plus l'examen bactériologique du sang que celui des sécrétions, pas plus l'étude de la température que celle du pouls ne peuvent à ce moment nous renseigner sur l'utilité de temporiser ou d'intervenir.

Une seule observation, n° 19, plaiderait peut-être en faveur de l'hystérectomie dans le cas où le curage ne peut sans danger aller extraire le débris placentaire encore retenu dans l'utérus ; elle nous montre une femme qui avait une infection sévère mais encore localisée à l'utérus, chez laquelle on abandonna le curage par crainte de la perforation d'un utérus mou, atteint de métrite parenchymateuse ; cette femme avait présenté des hémorragies abondantes

et répétées, son état général était mauvais, sa température était à 39° depuis 6 jours, et pourtant l'intervention la sauva.

L'observation n° 17, malgré la guérison de la femme par l'hystérectomie, est moins significative ; la malade était à toute extrémité, et l'auteur n'avait pratiqué cette intervention qu'en désespoir de cause.

Enfin, devant une hémorragie si intense qu'aucun autre traitement n'aura de chance de la maîtriser, on aura recours à l'hystérectomie, mais nous l'avons dit, une telle éventualité est exceptionnelle dans les hémorragies des suites de couches par rétention placentaire.

Observations

Les observations recueillies dans la littérature sont placées en premier lieu et classées dans l'ordre où elles ont été étudiées au point de vue de l'évolution. Puis les observations de la clinique Baudelocque sont reproduites avec le même ordre adopté.

OBSERVATION I

(Obs. XVIII de la Thèse d'agrégation Ribemont-Dessaignes)

(Obs. II de la thèse Poirier)

I pare, 25 ans. Accouchée normalement d'un enfant vivant. Délivrance 10 minutes après par la méthode de Crédé.

Placenta paraissant complet, pesant 360 gr. membranes déchirées.

Le 3^e jour après l'accouchement : T. 41, pouls 114.

Les jours suivants même infection, expulsions de caillots.

Le 8^e jour : hémorragie considérable, abattement, vomissements, mort.

Autopsie : utérus dilaté, très mou ; à la paroi antérieure, grosse masse comme une paume de main constituée par un cotylédon. A l'examen microscopique, on reconnaît tous les caractères du tissu placentaire.

Sinus utérins béants, vaisseaux et lymphatiques remplis de pus.

OBSERVATION II

(Obs. XVI thèse Cappon)

(traduite de Kleinwachter)

Ce cas exceptionnel concerne une multipare dans la force de l'âge auprès de laquelle je fus appelé presque deux semaines après la naissance de l'enfant. Il y avait déjà plus d'une semaine qu'avait débuté la fièvre puerpérale lorsque tout à coup se produisit une hémorragie violente qui se renouvèle ensuite de temps en temps. Appelé précisément à l'occasion d'une de ces hémorragies, je trouvais la femme en état de fièvre puerpérale et anémique au plus haut degré. Comme la matrice était si étroite que je ne pouvais entrer le doigt dans l'utérus, je tamponnais énergiquement le matin la cavité vaginale avec de l'ouate. Le soir même, après avoir enlevé le tampon, l'ouverture de la matrice était si large qu'elle laissa passer sans peine un fragment placentaire plus grand que la paume de la main.

L'émission sanguine s'arrêta immédiatement après l'injection. Cependant la malade expira dans mes bras, l'anémie était déjà portée à un si haut degré qu'une perte de sang relativement faible suffit pour mettre fin à ses jours.

OBSERVATION III

(XIX de la thèse Cappon)

En 1893, nous (Budin) avons assisté une dame secondipare.

L'accouchement fut spontané ; le placenta arrivé à la vulve fut facilement extrait.

On constata que les membranes étaient déchirées et qu'une petite quantité était restée dans l'utérus. Les suites de couches furent normales.

Le 8^e jour il y eut un écoulement sanguin exagéré et le 10^e jour les membranes étaient expulsées. Or, à 7 centimètres du bord qui était en rapport avec le placenta se trouvait un petit cotylédon supplémentaire ayant le volume du pouce. De ce cotylédon partaient des vaisseaux qui cheminaient sur les membranes et allaient gagner le bord qui avait été adhérent au placenta.

L'examen de l'arrière faix, attentivement pratiqué, n'avait nullement fait soupçonner qu'un cotylédon accessoire était resté dans la cavité utérine.

OBSERVATION IV

(D^r Labusquière. *Ann. Gyn. obs. fév. 1889*)

(Obs. III de la thèse Poirier)

(résumée)

IV pare de 28 ans. Accouchement le 21 oct. 89 chez une sage-femme.

Placenta dit complet par cette sage-femme.

Les suites de couches paraissent normales, et la femme se lève le 28 oct.

Le 3 nov. (12 jours après l'accouchement) hémorragie assez forte. Nouvelles hémorragies le 4 et le 5.

Le 7 nov. hémorragie intense ; Labusquière voit la femme (ergotine, injection intra-utérine, tamponnement).

Le 8 nov. température 36°7, pouls 135 ; nouveau tamponnement, ergotine.

Le soir nouvelle hémorragie. T. $38^{\circ}2$, pouls 127, injection intra-utérine.

Le 10 nov. nouvelle hémorragie. Le Dr Robinet est appelé en consultation. Le tampon est renouvelé, odeur très fétide du tampon enlevé, injection d'ergotine.

Le dimanche 11 nov. 21 jours après l'accouchement, la femme a ressenti une vive douleur dans les reins. On enlève le tampon, injection intra-utérine ; on trouve dans le vagin, appendu au col par un pédicule filiforme qu'il est facile de suivre jusque dans l'utérus, une petite masse du volume d'une noix ; cette masse est enlevée, elle est constituée par du tissu placentaire et est horriblement fétide. On fait de l'ergotine.

T. : $39^{\circ}1$. Pouls 128. Plus d'hémorragie.

La température se maintient à $38^{\circ}2$ - $38^{\circ}5$ jusqu'au 14 novembre, puis décroît progressivement et la malade entre en convalescence.

52 jours après l'accouchement on revoit la femme, elle est bien, mais présente l'aspect des personnes profondément anémiques avec décoloration extrême des muqueuses et des téguments.

OBSERVATION V

(XVII de la thèse d'agrégation de Ribemont-Dessaignes)

(Obs. I de la thèse Poirier)

II pare, 33 ans. Accouchement normal, enfant vivant.

Un quart d'heure après l'accouchement le placenta est expulsé par la méthode de Crédé, il est normal et pèse 500 grammes.

Suites de couches normales ensuite, les lochies sont rares et incolores.

6 jours après l'accouchement hémorragie abondante, profuse, sans cause.

M. Ribemont pense à une rétention et pratique le curage digital de la cavité utérine. Le col est ouvert et la masse placentaire qui est retenue peut être extirpée en deux masses.

L'hémorragie cesse, et la femme sort 4 jours après le curage en bon état.

OBSERVATION VI

(Obs. VI, thèse Weber, Kiel, 1910)

Dix minutes après l'accouchement en position transversale (version et extraction), le placenta est exprimé de l'utérus pour hémorragie et reconnu complet.

Du 1^{er} au 6^e jour des couches, les lochies sont légèrement fétides, mais il n'y a pas de fièvre.

Le 7^e jour au soir, assez forte hémorragie subite, pas de coagulum ; l'hémorragie ne peut être maîtrisée que par des douches chaudes. Cependant, 3 heures après, nouvelle hémorragie qui ne s'arrête qu'à la suite de plusieurs douches chaudes, d'une injection d'ergotine et du massage de l'utérus.

La nuit, faible hémorragie.

Le 8^e jour, exploration de l'utérus sous chloroforme, évacuation manuelle d'une assez grande quantité de tissu placentaire, curage.

Ni avant, ni après le curage il n'y eut de fièvre.

OBSERVATION VII

(Obs. XVI, thèse Weber, Kiel, 1910)

I pare, 21 ans.

Expression par la sage-femme du placenta détaché après l'accouchement spontané.

A partir du 3^e jour des couches : fièvre, vomissements, céphalée, pas de frissons.

Les lochies sont toujours sanglantes.

Le 9^e jour elle est admise à la clinique où, pour une forte hémorragie avec 38°3 de fièvre, on fait la revision utérine sous chloroforme.

On enleva au doigt des quantités considérables de débris placentaires. Puis curettage. Injection intra-utérine de formoline, tamponnement à la gaze iodoformée. La fièvre diminua d'abord, puis remonta le 12^e jour et en même temps il se produisit une thrombose de la veine fémorale gauche.

Le 16^e jour, la fièvre diminue de nouveau, l'état général s'améliore et le 27^e jour des couches la femme sort en bon état.

OBSERVATION VIII

(Obs. de M. Bonnaire, Lariboisière, 1903, n° 876 du registre)

Obs. VIII de la thèse Gagnière (résumée)

Il pare, 26 ans. A subi un curettage à la suite d'un avortement de 2 mois. Accouchement spontané le 5 août 1903 à Lariboisière.

25 minutes après, la femme est délivrée, le placenta pèse 750 gr. et paraît complet. Hémorragie de la délivrance cédant à une injection intra-utérine. Ergotine.

7^e jour des suites de couches : les lochies deviennent fétides, l'utérus est un peu douloureux.

8^e jour : lymphangite de la cuisse droite au niveau de l'injection. T. : 37°6-38°2.

9^e jour : l'abcès de la cuisse formé est incisé.

A 6 heures, la malade perd brusquement des caillots, puis le saignement sanguin est continu. Le vagin est rempli de caillots, les doigts introduits difficilement dans l'utérus éprouvent la sensation d'un fragment de placenta. Malgré les injections intra-utérines, la malade continue à perdre. Le pouls est fréquent, irrégulier (éther, caféine, todd). On pratique alors un curettage et l'on procède ainsi à l'extraction de débris placentaires. Ecouvillonnage, ergot. La malade est réchauffée, le pouls devient régulier à 118 ; la température à 10 h. est de 38°6.

Les jours suivants, la température varie de 37°6 à 39°, le pouls de 100 à 120.

La malade présente successivement une phlegmatia à gauche le 27 août, puis une phlegmatia au membre inférieur droit le 6 septembre.

La température se maintient le soir à 38° jusqu'au 18 septembre, puis décroît.

La femme reste couchée jusqu'au 6 octobre, puis on procède à la mobilisation.

Très améliorée, part le 23 octobre, deux mois et demi après son accouchement.

OBSERVATION IX

(Obs. V, thèse Weber, Kiel 1910)

I pare. Une demi-heure après l'accouchement spontané, expression du placenta.

Les suites de couches se passent avec les symptômes d'une endométrite avec fièvre modérée entre 37° et 38°5 du 1^{er} au 10^e jour des couches, puis allant jusqu'à 40° le 10^e jour.

Les lochies fétides cessèrent presque et le 17^e et 18^e jour il y eut hémorragie avec caillots.

Le 18^e jour enlèvement manuel des restes placentaires sous chloroforme avec tamponnement à la gaze iodoformée.

Après l'intervention, il y eut une seule fois une élévation de température à 39°8 avec frissons.

Le lendemain de l'intervention, la température retombe à la normale.

OBSERVATION X

(Obs. XV, thèse Weber, Kiel, 1910)

IV pare, 33 ans. Accouchement spontané ; le placenta exprimé par la sage-femme est très lacéré.

Pendant les suites de couches, écoulement abondant de sang ; le 13^e jour, l'hémorragie est si forte que le médecin de la famille explore l'utérus et ramène de nombreux débris.

Comme l'hémorragie persistait, la femme est amenée à la clinique et on procède le 15^e jour à une nouvelle exploration de l'utérus et on enlève un débris placentaire du volume d'une châtaigne, tamponnement à la gaze iodoformée.

Pas de streptocoque.

Après l'opération, la fièvre jusqu'alors de 38°2 monta à 39°-40°4 sans frisson.

Symptômes cliniques d'un infarctus dans la partie moyenne du poumon droit.

La fièvre ne tomba que le 24^e jour. L'état général s'améliora lentement ensuite et la malade put être congédiée le 44^e jour, bien que dans un état précaire.

OBSERVATION XI

(Vignes, Association Médicale, mars 1923)

En décembre 1921 j'ai observé dans le service de M. Deme-
lin une femme qui avait eu une délivrance spontanée, qui
le 3^e jour avait 40° et qui le 7^e jour fait une hémorragie.

Je la fis anesthésier, je vidai l'utérus de ses caillots par une injection chaude. J'explorai légèrement la surface placentaire et le corps du délit repéré fut enlevé aisément du bout du doigt sans agir sur aucun autre point de la paroi.

Une seconde injection intra-utérine fit contracter l'utérus, puis on termina par un tamponnement au sérum antistreptococcique.

Les suites furent parfaites.

OBSERVATION XII

(Obs. Höchne, *Zentralblatt für gynäkologie*, XXXVIII, 1914)

Une fois, chez une femme entrée à la clinique avec fièvre légère, très affaiblie par l'hémorragie, avec une teneur en hémoglobine de 26 %, chez qui, à la suite d'un accouchement de deux jumeaux, le médecin de la famille avait pratiqué un décollement manuel incomplet du placenta, on dut pour éviter une hémorragie mortelle enlever un débris placentaire de la grosseur du poing le 18^e jour des suites de couches. La femme supporta bien l'intervention, n'eut qu'un peu de fièvre (il y avait dans la sécrétion vaginale des staphylocoques non hémolytiques), et elle quitta la clinique au bout de 6 semaines et demi, exempte de troubles et avec une teneur en hémoglobine de 70 %.

OBSERVATION XIII

(Vermelin. *Revue Médicale de l'Est*, 1921)

(Résumée)

I pare de 23 ans. Présentant de la leucorrhée inter-mens-

truelle et des végétations vulvaires plus développées depuis sa gestation.

Accouchement spontané, prématuré le 6 novembre. Enfant : 2340 grammes.

Délivrance 45 minutes après, naturelle.

Pendant toute la durée de la délivrance, on note un suintement sanguin important. Le placenta pèse 440 grammes, est friable, présente 3 cotylédons nettement séparés ; en un point limité existe une zone irrégulière laissant un doute sur son intégrité. Donc, surface utérine du placenta douteuse.

La femme ne perd pas et M. le professeur Fruhinsholz décide de laisser aller.

Le 1^{er} et le 2^e jour des suites de couches, rien ; lochies normales.

Le 3^e jour, la température est de 37°9 sans autres signes, le 4^e jour la température est de 37°1, pour remonter un peu le 5^e jour.

Au toucher : col dont l'orifice externe est mince, dilaté comme 5 fr., puis dans le canal cervico-segmentaire une masse du volume d'une orange que l'on croit être un cotylédon restant. Après le toucher manuel, le diagnostic est hésitant, la tumeur est lisse, régulière, à large pédicule inséré en arrière et l'on se demande s'il ne s'agit pas d'un polype fibreux.

Les lochies sont abondantes, sanglantes, peu d'odeur.

M. le professeur Fruhinsholz confirme le diagnostic de rétention placentaire.

Une revision complète est faite sous anesthésie, puis injection intra-utérine iodée.

Le 5^e et le 6^e jour une injection de 60 cm³ de sérum antistreptococcique est pratiquée.

La température devient normale le 7^e jour, et la femme quitte la maternité le 15^e jour.

Examen du cotylédon : Le cotylédon est englobé dans une assez épaisse couche de fibrine qui lui donne sa régularité et son aspect lisse. Il présente à l'examen microscopique la struc-

ture normale du placenta avec cependant un début de dégénérescence fibreuse.

OBSERVATION XIV

(Weber, thèse Kiel, 1910)

II pare 28 ans.

Expression du placenta par la sage-femme aussitôt après l'accouchement spontané. Le 9^e jour des suites de couches le médecin fait un curettage pour hémorragie grandissante et enlève des résidus placentaires fétides.

Le lendemain et le surlendemain, frissons ; elle est admise à la clinique où à cause des frissons persistants et des lochies fétides et fortement hémorragiques, on fait le 13^e jour la révision de l'utérus ; des débris placentaires fétides sont évacués. Lavages intra-utérins copieux ; gaze iodoformée.

Après l'opération, l'état de pyémie persiste, ainsi qu'une forte fièvre avec vomissements et frissons.

Mort le 18^e jour.

Autopsie : Très forte endométrite, septicémie du ligament large gauche, nombreux abcès pulmonaires.

Au point de vue bactériologique : streptocoques et staphylocoques.

OBSERVATION XV

(Höhe, Zentralblatt für gynäkologie, XXXVIII, 1914)

Femme de 26 ans, IV pare, qui fut atteinte, après un accouchement spontané très rapide, de fièvre sans frisson le 3^e jour des suites de couches. Le 7^e jour elle fut admise à la

clinique avec un utérus très gros, fortement hémorragique et avec un canal cervical béant.

Vu l'hémorragie, on évacue immédiatement l'utérus dont on retire plusieurs cotylédons. La culture de la sécrétion cervicale y révéla l'existence de streptocoques hémolytiques et de staphylocoques non hémolytiques.

L'ensemencement du sang était d'abord stérile, mais quand les jours suivants il se fut installé une pneumonie du lobe inférieur gauche et du lobe supérieur droit avec pleurésie fibrineuse, on constata également dans le sang des staphylocoques non hémolytiques.

Cette femme mourut.

Hoëhne fait remarquer que ces deux femmes arrivèrent à la clinique avec des signes d'infection graves : fièvre élevée, pouls rapide et petit, la dernière même présentait un teint subictérique et un exanthème à petits macules.

OBSERVATION XVI

(Vermelin. *Revue Médicale de l'Est*, 1921)

(Résumée)

I pare de 24 ans. Rien dans les antécédents, aucun signe d'endométrite.

Délivrance normale, mais la femme dit avoir perdu beaucoup de sang.

L'examen placentaire fait par la sage-femme ne révèle rien d'anormal.

L'hémorragie persiste le lendemain (éblouissements, syncopes).

Dans les jours qui suivent, les lochies demeurent abondantes et sanglantes ; presque chaque jour la femme expulsé des caillots.

La température oscille entre 37° et 38°.

Le 15^e jour : hémorragie abondante, un médecin fait une injection intra-utérine.

Depuis, les pertes sanguines sont quotidiennes.

Le 23^e jour nouvelle hémorragie, la femme est amenée à la maternité de Nancy. Jusqu'à ce jour la température ne paraît pas avoir été très élevée.

A son entrée : état général profondément altéré, teint cireux, muqueuses décolorées.

T. : 36°9, pouls 125, petit, mais régulier.

Localement : ventre souple, indolore, utérus bien rétracté et trouvé au-dessous de la symphyse pubienne, aucune sensibilité utérine ni péri-utérine.

Au toucher : canal cervico-segmentaire distendu, orifice externe du col dilaté comme 1 franc. Dans l'intérieur du canal on sent une masse régulière, de consistance inégale, du volume d'une noix et attenant par un pédicule à la paroi postérieure du segment inférieur.

Le diagnostic de rétention cotylédonnaire est porté et l'intervention est pratiquée : extraction sans difficulté ; résection du périnée.

Injection intra-utérine. 60 cm³ de sérum anti-streptococcique. 20 cm³ huile camphrée.

Dès le lendemain la température s'élève à 37°8; puis 39°.

Ecoulement purulent, aucune réaction utérine. 40 cm³ de sérum antistreptococcique.

Le 6 et 7 déc. frissons, température à 40°, pouls à 140.

Hémoculture négative, injection de 1 cm³ de térébenthine sans résultat.

Le 10 déc. température normale, pouls à 110 petit, léger météorisme abdominal, pas de sensibilité, aucun écoulement.

Dans la soirée l'état général va s'affaiblissant ; il existe du côté droit, dans la région moyenne du poumon, un foyer de condensation pulmonaire avec réaction pleurale.

La malade meurt le 12 décembre.

OBSERVATION XVII

(Sippel, in thèse Wintrebert, 1895, traduite du *Centralblatt für Gyn.* 1894)

(Résumée)

III pare, accouchée normalement. Délivrance artificielle pour hémorragie. Suites de couches fébriles.

Dix jours après l'accouchement : hémorragie abondante et syncope.

1^{er} curage qui retire de l'utérus un morceau de placenta gros comme le poing, très fétide. Après le 1^{er} curage, l'état général devint de plus en plus mauvais.

Treize jours après l'accouchement, Sippel trouve la femme très anémiée, avec tendance aux syncopes, présentant une dyspnée marquée. L'utérus est à 4 travers de doigt de la symphyse, mou, peu sensible. Le ventre est ballonné, non douloureux, pas de péritonite. Pouls 134. Température : 39°5-40°.

Nouveau curage qui ramène des débris placentaires ; mais à la moindre pression, le doigt s'enfonçait dans la couche musculaire et en enlevait des parcelles, tant elle était altérée. On ne songea pas dans ces conditions à la curette.

La température qui avait baissé après le curage remonta le lendemain. L'écoulement persiste sanieux.

Quinze jours après l'accouchement, la température est à 37°7, le pouls petit, impossible à compter. Diarrhée septique, la malade est apathique, faible, dyspnéique. Le parametrium et le péritoine restaient sains.

L'hystérectomie fut décidée comme unique chance de salut.

L'abdomen incisé, on fit basculer l'utérus au dehors et un lien élastique fut placé aussi bas que possible. La paroi abdominale fut suturée définitivement. Le résultat fut inespéré. Le jour même, l'état général fut meilleur, l'appétit revint et les forces augmentèrent. Pendant plusieurs jours il y eut encore 39° le soir, puis tout rentra dans l'ordre.

La femme quitte la clinique après 6 semaines. Revue 20 mois après, on la trouve bien portante.

Examen de la pièce. — La surface endométrine était recouverte d'un liquide sirupeux, sanguinolent, fétide. Au fond et sur la paroi utérine se trouvaient des débris placentaires fortement adhérents, dont le plus gros ne dépassait pas un pois. Les trompes étaient saines. Le muscle utérin lui-même était mou, friable, de coloration brune.

OBSERVATION XVIII

M. Ypema, thèse de Fribourg en Bade, in thèse Bonamy (n° 21)

(Résumée)

Accouchement spontané. Hémorragie de la délivrance n'ayant nécessité aucune intervention (ergotine).

Pendant les dix premiers jours des suites de couches, la température ne dépassa pas 38°, la langue était humide, l'abdomen flasque. Pouls 102-120.

Neuf jours après l'accouchement : hémorragie abondante (injections vaginales chaudes). Le lendemain et le surlendemain nouvelles hémorragies.

Curage : on trouve adhérent, sur une surface grande comme une pièce de 5 francs, du placenta. On enlève ces débris et au-dessous on trouve un utérus dont la paroi musculaire est molle, friable ; le doigt pénètre facilement dans les tissus.

Le 12^e jour des suites de couches, le matin T : 39°3, pouls 126 ; le soir, T : 39°7, pouls 132.

L'abdomen est souple, indolore, la langue est humide.

Le 13^e jour, T. : 40°4, puis 41° le soir, pouls 144.

Nouvelle exploration utérine qui ne révèle rien.

Les tissus péri-utérins étant libres, on décide de faire l'extirpation vaginale de l'utérus, celle-ci est pratiquée le même jour.

L'utérus incisé présente une surface interne non modifiée sauf au niveau de la rétention placentaire ; cette région, entourée d'un bourrelet, présente un aspect granuleux, une coloration gris verdâtre et une consistance très molle.

La température après l'opération se maintient à 39°-40°.

Onze jours après l'hystérectomie, la malade a des frissons, le pouls est à 126-132. La température est au-dessous de 37°5, sept jours après, mais une forte dyspnée apparaît ; 40 respirations par minute ; et la malade meurt 25 jours après l'intervention.

Autopsie : myocardite, œdème pulmonaire septique, thrombose septique de la veine iliaque gauche et de la veine crurale. Pleurésie.

OBSERVATION XIX

(Obs. de Döderlein « *Entzündung der Gebärmutter* »,
in Cornelius Cristeanu, de Bucarest)

(Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale, 1904, p. 640)

(Résumée)

V pare de 32 ans.

Accouchée il y a 17 jours normalement : le 5 nov.

Depuis 8 jours la femme a présenté deux hémorragies, la dernière le 14^e jour des suites de couches

Examen : malade très anémiée. T : 39°5. Ventre ballonné, constipation, utérus gros comme deux poings, col entr'ouvert. Paramètre indemne.

On essaie sous chloroforme l'extraction des cotylédons. A

cause des adhérences et parce qu'il était friable, il y a danger de perforer l'utérus. On abandonne le curage.

Le lendemain nouvelle tentative de curage abandonné aussi.

T. : 39°4, nouvelle hémorragie, tamponnement.

La température croît progressivement ; après être tombée deux jours après le curage à 37°6. Elle atteint, le 22^e jour des suites de couches, 39°9. Le pouls est à ce moment à 130.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée le 27 novembre.

L'état général est bon le lendemain de l'intervention.

T. : 38°1 ; pouls : 120.

La température se maintient à 38° jusqu'au 4 déc. où la femme présente une thrombose de la veine crurale gauche.

A partir de cette date, la malade fait des frissons et présente des clochers thermiques à 40°-40°5 plusieurs fois. Du 11 au 18 déc., la température se maintient à 37°5, mais les frissons reprennent le 23 déc. avec une ascension thermique à 40° le 25 déc.

Puis la température tombe progressivement à 37° et la femme part guérie le 16 janvier.

OBSERVATION XX

(Tuffier, in Cornelius Christeanu, de Bucarest)

(Revue de gyn. et chir. abdominale 1904, p. 643).

(Résumé)

Dix jours après l'accouchement, perte d'un liquide coloré ; le 7 et le 11 juin, hémorragie abondante. Le 14, on appelle un médecin qui envoie la malade dans le service de M. Champtier de Riber.

A l'entrée : facies terreux. T. : 37°2. Pouls 92. Ecoulement fétide, l'utérus est gros, le col entr'ouvert. Le soir, la malade fait un frisson.

Le 15 juin, T. 38°4. Pouls : 94. Raclage de la cavité utérine et extraction des fragments placentaires. Après le curettage T : 41°,7.

Le 17 juin : T. 40°1, nausées, frisson violent.

A 2 heures de l'après-midi, T. : 41°7 (sérum artificiel 1250 gr., caféine).

A 4 heures de l'après-midi : hystérectomie vaginale.

Après l'intervention, T. : 41°3 ; pouls 140, mais à minuit la température tombe à 36°6.

18 juin : état général meilleur ; pouls bon, quelques nausées, petits frissons. T. : 37°9 (1500 gr. de sérum artificiel).

19 juin : douleurs dans le ventre et les lombes, la malade dérange les pinces. Frisson à 3 heures. T. : 40°1, délire (morphine).

20 juin : somnolence, ventre sensible, ballonné (glace).

21 juin : état général mauvais, vomissements continuels, ventre très douloureux (sérum, morphine).

La malade succombe le lendemain à midi.

Le 16 juin, la veille de l'hystérectomie, une hémoculture avait été faite ; elle fut négative, et desensemencements des sécrétions vaginales et du col utérin avaient donné : des cultures très dicrètes de streptocoques et des cultures de staphylocoques blancs.

OBSERVATION XXI

E. Bovin (Hygica, 14 fév. 1921, page 103)

(Absès utérin des suites de couches avec hémorragie grave).

Il pare dont l'accouchement fut normal.

Le 3^e jour des suites de couches, la température était de 101,8 (38°7) et le soir elle atteignait 104 (40°). La température reste élevée le 4^e et le 5^e jour.

Il n'y a pas d'autres signes.

Le 7^e jour la température est normale.

Le 8^e jour : Hémorragie grave, qui se prolonge, mais température normale.

Le 11^e jour : T : 100,8 (38°1).

Le 12^e jour : anémie profonde après une nouvelle hémorragie sérieuse.

T. : 100,8 (38°1). 102,7 (39°) ; pouls : 104.

Utérus du volume de deux poings, peu ramoli, col admettant un doigt.

On croit à une rétention placentaire avec infection.

Si la femme eût été moins jeune, l'auteur aurait pratiqué l'hystérectomie parce qu'il pense que, dans ces cas, le curage est en général suivi d'infection fatale.

Il décide de temporiser, tamponnement serré, ergotine.

Le 13^e jour. Le tamponnement est enlevé, on ne constate pas d'hémorragie, mais un suintement continu. T : 102 (38°,8), pouls 108, anémie alarmante.

Hystérectomie abdominale avec fermeture de la paroi.

Pendant 5 jours, la femme présente une septicémie généralisée sans péritonite.

La fièvre tombe ensuite progressivement.

Guérison en 6 semaines.

La dissection de l'utérus révèle une surprise :

Sa cavité était vide, sauf un petit polype pédiculé plus petit qu'un haricot dans la corne droite. Il n'était pas recouvert de fibrine et rien ne permettait de supposer qu'il puisse être la cause de l'hémorragie.

Dans la paroi gauche était un abcès gros comme une noix, qui renfermait un pus épais.

On trouva du streptocoque dans la paroi utérine.

La cause de l'hémorragie était la paroi septique de l'utérus et l'abcès qui se développait a certainement contribué à produire l'hémorragie.

OBSERVATION XXII

(Kuster, *Zeitschrift f. geburtstruffe und Gyn.*, 1910, p. 430)
(Résumée)

III pare, de 30 ans, dont les 2 premiers accouchements furent normaux. Troisième accouchement normal. Hémorragie importante de la délivrance. Le placenta exprimé par la méthode de Crédé, examiné par l'auteur, est lisse et sans déchirure, les membranes aussi sont complètes.

Suites de couches normales, apyrétiques.

La femme se lève le 10^e jour et le 14^e se produit une hémorragie importante.

Le 15^e jour, nouvelle hémorragie extrêmement violente.

Exploration utérine facile au travers d'un col béant : on trouve dans la corne gauche une masse arrondie facilement décollée.

Bon état général ; plus d'hémorragie, mais la température se maintient à 39° pendant 14 jours, puis la malade se remet lentement.

L'examen microscopique de la petite masse enlevée qui macroscopiquement ressemblait à du tissu placentaire, montre qu'il s'agit d'un thrombus stratifié, rouge, tout à fait ordinaire ; il est recouvert par la muqueuse ; en aucun point on ne trouve du tissu placentaire.

OBSERVATION XXIII

(Kuster, *Zeitschrift f. geburtstruffe und Gyn.*, 1910, p. 430)
(Résumée)

X pare; de à 38 ans. Délivrance artificielle lors du dernier accouchement.

Ce dernier accouchement fut terminé par une version et une grande extraction.

Hémorragie de la délivrance. Expression immédiate de l'utérus.

Suites de couches normales, apyrétiques.

L'accouchée quitte la clinique de Breslau le 9^e jour.

Le 12^e jour : hémorragie importante. Pouls filiforme. Température 39°.

Exploration utérine qui révèle dans la corne droite des fragments adhérents, facilement décollés.

L'hémorragie n'a plus reparu.

Macroscopiquement on pouvait supposer que les fragments enlevés étaient constitués de tissu placentaire, mais l'examen microscopique montra qu'il n'y avait nulle part des villosités placentaires, que ce fragment avait la structure d'un thrombus stratifié avec des masses de leucocytes bien colorés, et par endroits des débris de caduque et des fragments de membranes.

OBSERVATION XXIV

(Résumée)

(Balard, *Société d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, mai 1920)

(*Bul. d'Obst. et Gyn.*, 1920, page 200)

Accouchement normal.

Suites de couches normales jusqu'au 7^e jour.

Au 7^e jour : hémorragie peu abondante d'abord, mais 3 heures après nouvelle hémorragie.

Exploration de la cavité utérine : on ne rencontre ni cotylédon ni membranes, mais dans le fond de l'utérus on note une surface bourgeonnante, de consistance fibreuse, au niveau de laquelle le travail de rénovation de la muqueuse semble arrêté.

Tamponnement utérin des plus serrés.

C'est la dernière hémorragie.

La femme sort de la Maternité en bon état le 18^e jour après l'accouchement.

OBSERVATION XXV

(Résumée)

(Péry et Balard, Soc. d'Obs. et de Gyn. de Bordeaux, mars 1921)

(Bul. d'Obs. et de Gyn., 1921, page 250)

I pare, de 38 ans.

Accouchement par le siège (extraction).

Placenta paraissant complet.

Les 6 premiers jours des suites de couches la température oscille de 37° à 38°.

Le 6^e jour : hémorragie. On vide l'utérus de caillots et on ne trouve rien.

8^e jour : hémorragie externe importante.

Craignant une rétention placentaire, on procède à un curetage qui ramène des caillots et un fragment d'aspect gélatineux envoyé au professeur Sabrazès.

Examen du fragment : caillots et fibrine, pas de tissu placentaire.

Le 12^e jour, nouvelle hémorragie. Température 39° ; pouls 120.

Le 18^e jour, nouvelle hémorragie.

Transfusion sanguine.

C'est la dernière hémorragie. La température décroît et la guérison survient.

Il s'agit là d'un métrorragie à répétition des suites de couches sous l'influence d'une endométrite légère et survenant chez une prédisposée sans doute, sans qu'on n'ait pu trouver dans ses antécédents personnels ou familiaux aucune trace d'hémophilie.

OBSERVATION XXVI

(Clinique Baudelocque, 1924, n° 460 du registre)

III pare, 35 ans, chez laquelle on ne retrouve aucun antécédent pathologique.

Les deux premiers accouchements furent normaux, les délivrances furent aussi normales.

Troisième accouchement, spontané, à la clinique Baudelocque le 30 mars 1924.

Délivrance naturelle 45 minutes après l'accouchement.

Légère hémorragie de la délivrance, 300 gr. environ, qui céda à des injections vaginales chaudes.

Le placenta pesant 750 gr. fut déclaré complet ainsi que les membranes.

Dans les suites de couches rien ne fut noté jusqu'au 1^{er} avril.

1^{er} avril : utérus gros, légèrement douloureux. T. : 37°5 le matin, 38° le soir. Pouls 75-90.

2 avril : température 37°5, pouls 90.

3 avril : utérus diminué de volume, moins douloureux. T. 37°5.-37°9. Pouls : 84.

4 avril : le matin température 37°5. Pouls 80. Le soir : température 38°5.

A 5 heures du soir : hémorragie abondante, sang liquide et caillots expulsés.

Au toucher : vagin plein de caillots ; l'orifice du col est béant et pendant dans le canal cervical on trouve un débris placentaire que l'on recueille.

Le chef de clinique, M. Portes, prévenu, fait donner une injection vaginale à 50°, fait pratiquer une injection de sérum physiologique de 250 cm³ et une injection de 80 cm³ de sérum antistreptococcique. Le poids des caillots et du sang perdu est de 350 grammes.

Le débris placentaire expulsé pesait 16 grammes et corres-

pondait au bord épaissi du placenta. L'examen histologique montra quelques villosités nécrosées.

Le soir du même jour, l'utérus est à trois travers de doigts de la symphyse, l'abdomen est souple, non douloureux. Le facies est pâle, cirieux. Le pouls à 84. L'hémorragie n'a plus reparu.

Une injection de sérum antistreptococcique de 80 cm³ est pratiquée quotidiennement jusqu'au 12 avril. Pendant cette huitaine, la température oscille entre 37°8 et 38° le matin et 39° le soir. Le pouls se maintient à 84-88.

Le 12 avril apparaît une éruption sérique importante, avec douleurs articulaires intenses. La température atteint 40° le soir ; le pouls bat à 84. Bon état général. A partir de ce moment, la température décroît progressivement et est normale le 18 avril.

La femme sort de la clinique en bon état, mais encore pâle et anémique le 22 avril 1924.

OBSERVATION XXVII

(Clinique Baudelocque, 1922, n° 1555 bis du registre)

Fille d'une diabétique.

Hystéropexie pratiquée dans un hôpital parisien au deuxième mois de sa gestation, suites opératoires bonnes.

Accouchée et délivrée normalement chez une sage-femme agréée, chez laquelle elle reste du 19 au 29 novembre. Suites de couches normales. Température : 37°.

Rentre chez elle et reprend sa vie journalière.

Dans la nuit du 30 au 1^{er} décembre (11 jours après l'accouchement), au moment d'une tétée, perd brusquement une grande quantité de sang. Le lendemain à 4 heures : nouvelle hémorragie.

Une sage-femme appelée fait transporter la femme, le 2, au soir, à la clinique après une injection d'huile camphrée.

Le 2 décembre, à son arrivée, on note un état anémique prononcé avec tendance à la syncope.

La femme expulse quelques caillots, mais ne saigne plus très abondamment.

Pouls 110-120, très faible. T : 37°. Mise en position déclinée, drap chaud ; 500 gr. de sérum physiologique intraveineux et 250 cm³ sous-cutané, 10 cm³ d'huile camphrée, 5 cm³ sparteïne.

A 11 heures du soir, M. Powilewicz, chef de clinique, examine la femme : son état général est trouvé meilleur, son pouls encore rapide à 120 est régulier, bien frappé.

Au toucher : col ouvert permettant l'introduction de deux doigts.

M. Canouet, moniteur de garde, pratique un curage digital sans anesthésie ; deux doigts sont introduits facilement dans la cavité utérine qui est trouvée pleine de caillots.

Sur la face postérieure de l'utérus et dans la corne gauche, on trouve des débris placentaires très adhérents qu'on ne peut détacher complètement avec le doigt. On donne alors quelques coups de curette sur la région précise où les débris n'ont pu être détachés. Les débris retirés pèsent 10 grammes.

La femme ne saigne plus, le liquide de l'injection intra-utérine ressort clair.

Le pouls est bien frappé à 120. 10 cm³ d'huile camphrée. Vessie de glace sur le ventre.

A minuit, le pouls est bien frappé à 112, la femme ne saigne pas.

On fait tous les jours, pendant 6 jours, 80 cm³ de sérum antistreptococcique.

La température se maintient, après s'être élevée le lendemain, 3 décembre, à 38°, entre 38°5 et 39° jusqu'au 7 où elle atteint le soir 39°5 ; redescend ensuite à 38° le 12 décembre où il apparaît une éruption sérique avec douleurs articulaires.

Le 19 décembre, la température est voisine de la normale, le pouls encore rapide.

La malade présente une phlébite gauche le 28 décembre (immobilisation), puis une phlébite bilatérale le 11 janvier.

Sortie en bon état le 15 février 1923, 10 semaines après son entrée.

OBSERVATION XXVIII

(Baudelocque, 1921, n° 1834 du registre)

IV pare, de 31 ans, dont les 3 premiers accouchements furent normaux.

Rupture prématurée des membranes.

Accouchement actuel, présentation du siège au 8^e mois ; à la dilatation de 5 francs se produit une procidence du cordon facilement réduite ; pose d'un ballon intra-utérin de 500 gr. A dilatation complète, expulsion du ballon, d'un paquet de cordon et du siège.

Enfant mort-né.

Délivrance naturelle 1 heure après l'accouchement.

Placenta pesant 490 gr. dont la face utérine est douteuse et les bords déchiquetés.

La température est de 37° le jour de l'accouchement et le lendemain, 6 novembre de 38°. Le pouls est à 80.

Le 7 novembre, dans la nuit et la matinée, la femme expulse des caillots dont le plus gros a la dimension d'un œuf. L'utérus est un peu douloureux. La température, qui était de 38° le matin, monte à 40° le soir. Le pouls 110-120.

Le 8 novembre, la température est de 39°5 le matin et 39° le soir, les lochies sont noirâtres et fétides.

Le 9 novembre, on pratique un curage digital qui ramène 60 gr. de débris placentaires. Mèche intra-utérine, glace sur le ventre. T. : 37°5.

On a pratiqué le 8, le 9 et le 10 une injection de 60 cm³ de sérum antistreptococcique.

La température oscille entre 37°5 et 38° jusqu'au 12 pour redevenir ensuite normale.

La femme quitte la clinique le 16 novembre 1921.

OBSERVATION XXIX

(Baudelocque, 1923, n° 437 du registre)

IV pare, 37 ans.

Un accouchement normal, deux avortements avec curage au deuxième.

Entre à la clinique le 16 mars pour albuminurie massive avec une tension artérielle à 23/11 au Pachon (saignée de 700 gr.). Urée 0 gr. 40 (diète hydrique, purge).

Accouchement gémellaire sans incident (un sommet et un siège) le 4 avril 1923.

Délivrance artificielle pour non décollement du placenta 2 h. 30 après l'accouchement. Le placenta en partie décollé est trouvé très adhérent dans la corne droite.

Les deux masses placentaires sont déchiquetées sur leur face utérine, les membranes sont déchirées.

La température est normale les 5 et 6 avril, le 7 elle s'élève le soir à 37°8, oscille ensuite jusqu'au 12 entre 37°6 et 38°.

Le 12 avril la femme a une assez abondante hémorragie à 24 heures, accompagnée de palcur et de tachycardie, pouls à 110.

Le ventre est souple, l'utérus non perceptible au palper ; au toucher le col est ferme, laissant passer un doigt, le corps de l'utérus est volumineux, mais très mou. La cavité utérine est pleine de caillots et remplie de débris extrêmement fétides. Un

débris est retiré, assez volumineux : caillots et débris placentaire.

L'utérus ne se rétracte pas, reste gros et mou (injection intra-utérine chaude, huile camphrée 10 cm³, sérum physiologique sous-cutané : 300 gr.).

Le 13 avril, frissons, température à 39°2 (sérum antistreptococcique 60 cm³ pendant 5 jours). Pouls 100.

La température décrit une courbe irrégulière jusqu'au 25 avril, sans toutefois dépasser 38°, puis oscille entre 37° et 37°5 jusqu'au 6 avril, où la femme quitte volontairement la clinique ayant encore 1 gramme d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XXX

(Baudelocque 1919, n° 324, du registre)

1 pare, de 30 ans, ayant présenté de l'albuminurie pendant les 15 derniers jours de sa gestation ; au moment de l'accouchement 0 gr. 50 d'albumine dans les urines.

Accouchement spontané, sommet le 21 mars.

Légère hémorragie de la délivrance, naturelle 45 minutes après l'accouchement.

Placenta 660 gr. complet, ne présentant aucune altération. Membranes complètes.

Déchirure périnéale nécessitant 4 crins pour sa réfection.

22 mars : T 38°3 le matin et 38°3 le soir, pouls : 120.

23 mars : T 39e, pouls 120. Injection intra-utérine, ablation des fils du périnée qui présente un aspect diphtéroïde.

24 mars : T : 39°5-39°7, pouls : 120-130.

25 mars : Lochies normales, utérus un peu gros, pas de réaction péritonéale.

26 mars : T : 39°8-39°, pouls 124. Expulsion de quelques caillots sans odeur.

27 mars au matin : expulsion de caillots nombreux. Utérus béant rempli de caillots ; dans la corne droite on retire des débris de placenta assez adhérents, équivalents à un gros cotylédon.

A 3 heures de l'après-midi, la femme présente une série de frissons. T : 40°3, le pouls est à 120. A 4 heures, crise nerveuse, agitation extrême (huile camphrée).

Le 28, la température est à 39° et la femme est calme.

Mais le lendemain la température remonte à 40°3, puis oscille entre 40° et 41° jusqu'au 3 avril où la femme meurt. Le pouls, à partir du 29, s'est maintenu à 140.

Le 30 mars, une hémoculture fut faite : staphylocoques (2)

OBSERVATION XXXI

(Baudelocque, mai 1919)

II pare, 34 ans, dont le 1^{er} accouchement fut normal.

Accouchement le 1^{er} mai 1919, spontané, chez une sage-femme.

Placenta, 430 gr., déclaré complet ainsi que les membranes.

Cette femme envoyée chez la sage-femme, agréée par la clinique Baudelocque, avait rompu prématurément ses membranes et avait reçu une injection prophylactique de sérum antistreptococcique, 30 cm³.

La température est normale jusqu'au 8 mai.

Le 8 mai, au soir, la température est à 39°5, la femme est vue par M. Vignes, chef de clinique : éruption sérique, douleurs articulaires, langue en bon état, utérus normal.

Le 9 mai : chute de la température le matin, mais le soir de nouveau elle est à 40°3. La femme est ramenée à la clinique.

Le 10 mai : utérus gros. Lochies sanglantes, mais sans odeur. T. : 38°8.

Le 11, T. : 39°5 ; le 12, T. : 39°7, 39°.

Le 13, le 14 et le 15, la température est voisine de la normale.

Du 15 au 18, la température croît progressivement pour atteindre 38° le 18 au matin, où après une hémorragie profuse on pratique une revision utérine ; on trouve du placenta adhérent sur une grande étendue de la paroi utérine, on retire 60 gr. environ de débris, il semble qu'on ait tout enlevé.

Le 19, T. : 37°8-39°6.

Le 20, T. : 38°-41°4, le pouls à 150. Lèvres sèches, euphorie, dyspnée.

Le 21, T. : 40° matin et soir, pouls 140. Injection de 1 cm³ de térébenthine sous la peau.

Le 22, T. : 40°, 38°, pouls 140. Respiration : 22 par minute. Dyspnée, langue saburrale, subdélire, lèvres et langue sèches.

Hémoculture : streptocoques hémolysants, réaction au 1^{er} abcès de fixation, induration non douloureuse.

23 mai : reprise de la dyspnée avec plus d'intensité.

T. : 39°-38°3, pouls 140. Injection de 1 cm³ de térébenthine.

24 mai : T : 40° matin et soir, pouls à 130.

Décédée dans la matinée du 25 mai.

OBSERVATION XXXII

(Baudelocque, fév. 1920, n° 359 du registre)

Il pare, de 23 ans, la 1^{re} gestation s'était terminée par un avortement.

Accouchement spontané, sommet, le 20 fév.

Délivrance naturelle 1 heure après l'accouchement.

Placenta complet présentant un cotylédon accessoire, on

trouve en outre, sur la face utérine, près du bord inférieur, deux noyaux blancs, durs.

La température se maintient aux environs de 38° jusqu'au 23 au soir où elle atteint $39^{\circ}5$, le pouls est rapide entre 104 et 116.

Le 24 fév. : T. $38^{\circ}5$ - 38° , pouls : 120-124.

Le 25 fév. : utérus légèrement douloureux à son bord droit.

A 10 heures, légère hémorragie avec expulsion de caillots (injection vaginale).

T. : $38^{\circ}5$ - $38^{\circ}7$, pouls : 110.

Le 26, la température descend à $37^{\circ}5$, mais le pouls est rapide à 110.

Le 27, légère hémorragie avec caillots. T. : 38° - $38^{\circ}7$, pouls, 116.

Le 28, nouvelle hémorragie. On pratique la revision digitale de l'utérus ; on trouve du placenta adhérent dans la corne droite sur une étendue de petite paume, curage digital et extraction de débris. Attouchement iodé de la cavité utérine, après une injection intra-utérine à l'aniodol. Injection sous-cutané de 1.000 gr. de sérum physiologique.

29 fév. : la température est à $40^{\circ}7$, pouls 150. 80 cm³ de sérum antistreptococcique. On répète les injections de sérum antistreptococcique pendant 5 jours.

La température reste voisine de $40^{\circ}7$, le 1^{er}, le 2 et le 3 mars, le pouls pendant ce temps étant à 150.

Le 2, abcès de fixation sans résultat.

Le 3, frissons répétés, intenses ; dyspnée.

Le 4, le 5, la température est à 40° pour remonter à 41° le 6, le pouls devient 4 partir de ce moment incomptable.

Le 7, la dyspnée est intense, la malade est en proie au délire, le teint est plombé, le nez pincé, les yeux excavés, l'abattement est profond.

Cet état dure jusqu'au 10, où la malade succombe.

La température était à 39° , mais le pouls est resté petit et incomptable.

OBSERVATION XXXIII

(Clinique Baudelocque, 1923, n° 1535 du registre)

I pare, 23 ans, ne présentant aucun antécédent pathologique.

Accouchement normal, sommet, le 19 nov. 1923 à la clinique.

Délivrance naturelle, 1 heure après l'accouchement.

Placenta, 550 gr., déclaré complet, membranes complètes.

La femme quitte la clinique le 29 nov. après des suites de couches normales.

Le 1^{er} déc. 12 jours après l'accouchement ; première hémorragie abondante, puis pertes sanguines continues jusqu'au cinq déc. (injections vaginales et ergotine).

Le 5 déc. la femme est ramenée à la clinique.

Examinée à 19 h. 30, la température est de 38°, son pouls bat à 120.

L'utérus est à 2 travers de doigts de la symphyse, non douloureux.

Au toucher. Le col est largement ouvert, admettant facilement le doigt ; par le toucher intra-utérin, on sent à bout de doigt une petite masse grosse comme une noisette, donnant une sensation différente de celle donnée par les nombreux caillots qui encombrant la cavité utérine.

M. Job, moniteur, pratique un curage digital de la cavité utérine et extrait un fragment de cotylédon, gros comme une noisette, qui était adhérent à la face antérieure de l'utérus. Rien n'est noté dans le reste de la cavité utérine (badigeonnage iodé).

Après l'intervention, le pouls est à 110, bien frappé.

Le 6 déc. : T. : 38°4. Pouls 120.

Le 7 déc. : T. : 40°. Pouls 116.

Le 8 déc. : T. : 40°5 le matin, 39°8 le soir. Pouls : 140.
(80 cm³ de sérum antistreptococcique).

Le 9 déc., la femme est dans un état d'infection très grave ; respiration superficielle, langue rôtie, lèvres fuligineuses, léger délire. T. : 41°2. Pouls 136.

L'abdomen est souple, l'utérus débordant la symphyse de un travers de doigt.

À l'examen, le col est fermé, l'utérus présente une mobilité normale.

Les culs-de-sac sont libres, non douloureux.

M. le professeur Couvelaire décide de pratiquer une hystérectomie vaginale.

Intervention pratiquée par M. Portes, aide de M. François. Anesthésie à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne. La femme meurt 10 minutes après le début de l'intervention par arrêt de la respiration, sans période asphyxique, présentant de l'écume blanche aux lèvres et aux narines.

On termine rapidement l'hystérectomie.

Examen macroscopique de la pièce. — Cavité utérine absolument vide ; il ne reste à son niveau aucun débris placentaire ni membraneux. La muqueuse est ecchymotique par place. La paroi utérine a environ 1 cm. d'épaisseur. On ne note à son niveau aucun abcès. Le péritoine utérin est normal, mais dépoli, sans trace d'adhérences.

OBSERVATION XXXIV

(Clinique Baudelocque, 1920, n° 562 du registre)

III pare, de 28 ans. Deux accouchements antérieurs normaux.

Troisième accouchement normal le 28 mars à la clinique Baudelocque. Délivrance naturelle. Placenta pesant 600 grammes, complet, mais présentant des dépôts calcaires. Membranes complètes (placenta inséré bas).

Suites de couches normales.

La femme est envoyée le 2 avril au pavillon d'allaitement de l'école de puériculture, rue Desnouettes.

Le 6 avril à 15 h. 30, la femme perd assez abondamment et on prévient la clinique. Mme Orsat constate à 16 h. 30 que la femme perd encore ; son pouls est à 92. Au toucher : col large, perméable à un doigt, mais deux doigts pénètrent avec peine. La surface utérine paraît lisse, seule la corne droite ne peut être explorée.

Le sang continue de s'écouler, liquide, noirâtre, sans caillots.

La femme est ramenée à la clinique après un tamponnement. Dans l'ambulance, on pratique une injection de sérum artificiel de 500 gr. et des injections d'huile camphrée et d'éther.

La femme arrive à la clinique à 18 h. 10 ; son pouls est à 96, son faciès est pâle, ses lèvres cyanosées ; elle présente de la dyspnée.

Une revision utérine et un curage digital sont pratiqués : l'utérus est absolument vide, mais la corne droite est mal explorée à cause des difficultés pour pénétrer dans l'utérus à bout de doigt. A la curette on retire de la corne droite une petite masse, de la grosseur d'une noisette, cette masse est envoyée au laboratoire.

Le pouls est petit, rapide, incomptable et la femme manifeste une agitation et une dyspnée extrêmes.

L'utérus est bien contracté, il n'y a plus d'hémorragie.

On fit alors du sérum physiologique sous-cutané et intra-veineux adrénaliné, des injections d'huile camphrée et d'éther et l'on nota une amélioration temporaire.

A 20 h. 30, la femme présente une grande agitation et une dyspnée intense ; son pouls n'est plus perçu, l'utérus est mou et une nouvelle hémorragie se produit. La femme meurt.

Autopsie : un peu de liquide dans la cavité abdominale, adhérences dans le cul-de-sac de Douglas. Rien d'anormal du

côté des ovaires et des annexes. L'utérus est plongé dans le formol.

Examen microscopique de la petite masse enlevée à la curette. Tissu musculaire lisse, fibres coupées horizontalement et d'autres transversalement, vaisseaux nombreux et dilatés ; par endroit cellules déciduales nettes ; il s'agit d'un fragment de muscle utérin.

OBSERVATION XXXV

(Clinique Baudelocque, 1919, n° 522 du registre)

III pare, 26 ans. Accouche à la clinique Baudelocque normalement d'un enfant prématuré pesant 2.330 gr., le 12 mai.

Délivrance naturelle une heure après l'accouchement.

Placenta complet, membranes dissociées mais paraissant complètes.

Suites de couches absolument apyrétiques.

Le 20 mai, 8 jours après l'accouchement, légère hémorragie avec expulsion d'un gros caillot, on donne des injections vaginales chaudes ; peu après, l'hémorragie reparaît plus abondante ; en exprimant l'utérus on évacue de gros caillots.

Revision utérine avec deux doigts : utérus mou, béant, nombreux caillots dans sa cavité, mais on ne retire ni placenta, ni membranes (injection intra-utérine, mèche de gaze iodoformée intra-utérine).

Dans l'après-midi, la femme a quelques frissons et la température s'élève à 39°7.

Le 21 mai : température : 37°7. Ablation de la mèche intra-utérine.

L'utérus est petit, plus d'hémorragie.

Depuis ce jour, la température ne dépassa pas 37°5 et la femme quitte la clinique le 26 mai en bon état.

Conclusions

L'hémorragie tardive des suites de couches, liée à une rétention placentaire est un accident peu fréquent, dont la gravité est en rapport, quelquefois avec l'abondance et la persistance de l'hémorragie, plus souvent avec l'infection coexistante, aggravée par les manœuvres intra-utérines tendant à extraire les débris placentaires : curage digital ou curettage.

Dans les cas où, avant l'hémorragie n'existait aucun signe clinique d'infection grave, on est autorisé à pratiquer l'ablation par curage du débris placentaire, en faisant suivre cette ablation d'un tamponnement antiseptique.

Dans les cas où, avant l'hémorragie, existait une infection sérieuse, dans les cas où le curage présente des difficultés d'ordre technique dans sa réalisation, il paraît plus sage de recourir à une hystérectomie d'emblée.

Dans les cas où, après curage les signes d'infec-

tion générale apparaissent et persistent au delà d'un délai de 36 heures, il paraît sage de pratiquer l'hystérectomie secondaire précoce.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- GEISER. — Causes, suites et traitement des rétentions placentaires dans les suites de couches. — Thèse, Berne, 1910.
- HÖCHNE. — Traitement de la rétention de débris placentaires. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, XXXVIII, 1914, p. 1465.
- SCHAUTA. — Faut-il décoller les restes placentaires ? — *Wien. Klin. Wochenschrift*, XXV, 1912, p. 58.
- VERMELIN. — La rétention cotylédonaire post-partum. — *Revue Médicale de l'Est*, 1921, p. 184.
- CAPPON. — De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme. — Thèse Paris, 1905.
- PELAPRAT. — Les hémorragies puerpérales secondaires. — Thèse Paris, 1882.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — De la délivrance par traction et expression. — Thèse d'agrégation, Paris, 1883.
- POIRIER A. — De la rétention partielle du placenta après l'accouchement. — Thèse Paris, 1894.
- HÖRMAN. — Doit-on enlever ou non les restes placentaires après un accouchement ? — *Monatsschr. f. Geburtsh. g. gynäkol.*, XXIV, 1911, p. 412.
- WEBER. — Rétention placentaire et membraneuse après un accouchement normal ou prématuré. — Thèse Kiel, 1910.
- GAGNIÈRE. — Adhérences anormales du placenta dans l'accouchement à terme. — Thèse Paris, 1903.
- VIGNES. — La rétention placentaire après l'accouchement. — *L'Association Médicale*, mars 1923, p. 49.
- BONAMY. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. — Thèse Paris, 1899.

- CORNELIUS CRISTÉANU (Bucarest). — Hystérectomie et infection puerpérale aiguë. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904, p. 640.
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique*.
- P. BAR, A. BRINDEAU, J. CHAMBRELENT. — *La Pratique de l'art des accouchements*.
- POTEVIN. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. — *Gynécologie et Obstétrique*, 21, p. 207.
- KUSTER. — Les hémorragies tardives des suites de couches. — *Zeitschrift f. Geburtstrulfe und Gynäkologie*, LXVII, 1910, p. 430.
- DANTER. — *Zentralblatt f. Gynäk.*, 1904, p. 1085.
- VARNIER. — *Obstétrique journalière*.
- PERY et BALARD. — *Bulletin de Gyn. et Obst.*, 1921, p. 250.
- BALARD. — *Bulletin de Gyn. et Obst.*, 1920, p. 200.
- BOVIN. — *Hygiea*, fév. 1920, p. 103.
- VOGELSANGER. — *Hegar's Beiträge*, XII, p. 3.
- MARMASSE. — Le curettage dans les accidents des suites de couches. — Thèse Paris, 1895.
- WINTREBERT. — L'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. — Thèse Paris, 1895.
- JULES BRUNEAU. — Curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale. — Thèse Paris, 1894.
- DEMELIN. — *Bulletin Société d'Obstétrique et Gyn.*, avril 1906.
- LÉVY-SOLAL, SIMARD et LELOUP. — Traitement de l'infection puerpérale par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon. — *Société de Biologie*, fév. 1924, p. 483.
- GUÉNIOT. — Culture sur placenta humain de quelques germes pathogènes. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, séance du 7 déc. 1907.
- COUVELAIRE, LÉVY-SOLAL et SIMARD. — Antisepsie utérine par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon dans l'infection puerpérale. — *Bul. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. Paris*, avril 1924, p. 232.

